

Ministère des Enseignements Secondaire
Supérieur et de la Recherche Scientifique

.....
Université de Bamako
.....

République du Mali

.....
Un Peuple- un But- une Foi



Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie



Année Universitaire 2008-2009

N°

**ACCOUCHEMENT EN POSITIONS LIBRES
VERSUS ACCOUCHEMENT EN POSITION
CLASSIQUE A L'HOMEL DE COTONOU (BENIN) :
A PROPOS DE 43 CAS**

THESE

Présentée et

Soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par **Dèhogbé Muriel Sergine MEHOBA**

Née le 07 Février 1983 à Lokossa (République du BENIN)

PRESIDENT DE JURY : Professeur Salif DIAKITE

**MEMBRES : Maître de conférences agrégé Youssouf COULIBALY
Docteur Soumana Oumar TRAORE**

CO- DIRECTEUR DE THESE : Professeur René-Xavier PERRIN

DIRECTEUR DE THESE : Maître de conférences agrégé Mamadou TRAORE

ACTION DE GRACE

Oh, Seigneur ! Je te rends grâce pour ta bonté infinie et tes merveilleux accomplissements. Tout ce que je suis je te le dois. Accorde-moi de toujours te louer et de me rapprocher davantage de toi. Donne-moi la force de continuer à relever les défis qui s'imposent à moi et à te glorifier tous les jours de ma vie. Bénis chacun de mes futurs patients et aide moi à les soulager, les soigner ou les guérir. Qu'en ton saint nom tout ce que j'entreprends aboutisse et prospère. Accorde moi une brillante carrière et une vie de famille heureuse, AMEN.

JE DEDIE CE TRAVAIL...

A MON PERE, Mr Raphaël MEHOBA.

Petite j'avais toujours pensé que ta rigueur et ta fermeté étaient exagérées mais aujourd'hui je me rends compte que c'était par amour pour tes filles et que tu voulais à tout prix les aguerrir contre les embûches de la vie. Pour tous les sacrifices consentis à mon éducation et à ma formation merci papa. Puisse le Seigneur te bénir et te garder longtemps en vie auprès de nous.

Amour filial.

A MA TENDRE MERE, Mme Ida Françoise MEHOBA née AZIABLE.

Femme brave, au grand courage et au cœur vaillant, tu m'as toujours inspirée admiration et tendresse. Je sais que tu as tant attendu ce jour si important pour nous. Je ne saurai trouver des mots assez forts pour t'exprimer l'amour et l'infinie reconnaissance que je te voue. Peu de mères sont capables de se battre comme tu l'as fait pour voir avancer tes enfants. Puisse l'éternel te combler, te récompenser et te garder très longtemps en bonne santé auprès de nous.

Amour filial.

A mes sœurs chéries Carine, Fallone et Elsie

Je ne pouvais souhaiter de meilleures sœurs. Merci pour les moments de fou rire et de bonheur passés ensemble. Puisse Le Tout Puissant nous maintenir toujours unies et solidaires.

Je vous aime.

Aux familles MEHOBBA et AZIABLE : à mes oncles et tantes, mes cousins et cousines, mes nièces et neveux, mes grands-parents. Vous avez tous contribué à votre manière à mon éducation. Soyez-en remerciés.

Aux familles amies, parentes ou alliées: HOUNDAGBA, GNINTOUNGBE, GBEKIN, EGOUNLETY, AZANDEGBE, TCHEGNON, KPATOUKPA, HOUETO, VIGAN... Merci pour vos conseils et votre soutien.

A MME Alphonsine LOKO affectueusement appelée « dada Cino » et son époux. Merci pour ta constante disponibilité.

A Mr Narcisse ZOUNGBAN. Merci pour ta disponibilité indéfectueuse.

A mon cousin Sosthène Magloire VIEGBE. Merci pour tes conseils.

A ma grande amie Fanta COULIBALY, à sa famille et à ses copines. Vous avez été ma famille à Bamako. Merci pour tous les instants inoubliables passés en votre compagnie. Je vous porte dans mon cœur.

A la famille KAREMBE au point G. Merci pour l'hospitalité.

A Flamine Marouchka NNEMBENG, Firoll ADJATIN, Blaise MOUTE, Tamaki SISSOKO, mes chers voisins. Merci pour la cohabitation pacifique.

Aux docteurs Maurice ASSOGBA et Aurore KADJA. Merci de m'avoir montré le chemin vers Bamako.

A mes promotionnaires : Irisse HOUEHOUNHA, Charmance GUEDENON, Laurel ZOMAHOUN, Alban MEDENOU, Patrice HOUNDJE, Géraud AMOUSSOU, Hamar Adam BABA BODY, Wilfried ASSOGBA, Christel AKONDE, le chemin a été long mais grâce à Dieu on atteint le bout du tunnel. Sincères amitiés et brillante carrière à tous.

A ma sœur Secondine GNINTOUNGBE et à Abiba TAMOU TABE. Brillante carrière médicale.

A tous les membres de l'Association des Elèves, Etudiants et Stagiaires Béninois au Mali (AEESBM), aux aînés : vous avez été pour beaucoup dans mon intégration, merci ! Aux cadets je souhaite beaucoup de courage.

A mes amis maliens ainsi qu'à tous mes amis des autres communautés étrangères au Mali, sincères amitiés.

A mes amis de la Faculté des Sciences de Santé de Cotonou, sincères amitiés.

Aux braves femmes qui ont bien voulu participer à notre étude, un grand merci.

Aux enfants accouchés en position libre. Que la vie vous sourit.

A tous ceux qui n'ont pas été cités mais que je n'ai pas oubliés, les vraies pensées sont celles qu'on n'exprime pas.

A mon beau pays le BENIN.

A ma terre d'adoption le MALI.

REMERCIEMENTS

Au terme de ces sept longues années de formation à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS) de l'université de Bamako nous sommes sincèrement reconnaissante à l'égard de tous ceux qui nous ont encadrée et apporté leur aimable concours pour la réalisation de ce travail. Il s'agit particulièrement :

De tous les médecins, infirmiers, internes et responsables de stage de l'hôpital du point G et de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako.

De nos professeurs pour la qualité de l'enseignement reçu.

Du professeur René Xavier PERRIN pour tout ce qu'il a fait pour nous.

Du professeur Mamadou TRAORE du centre de santé de référence de la commune V de Bamako pour son précieux encadrement.

Du docteur Justin DENAKPO à l'HOMEL, pour nous avoir conseillée et guidée.

Du directeur de l'HOMEL, Monsieur Michel GOZO pour la mise à disposition et l'aménagement de la salle d'accouchement en position libre.

De tout le personnel administratif de l'HOMEL, surtout Mmes Corine AWANLAN et Hortense FASSINO.

De tout le personnel technique de l'HOMEL : les docteurs Joseph VODOUNON, Chakiratou BADIROU ANJORIN, ZANNOU, VICKEY ; les maîtresses sages-femmes, les sages-femmes de la CPN, de l'hospitalisation et de la salle d'accouchement, les CES et les étudiants en médecine.

De Mme Edwige d'ALMEIDA-CODJA, la kinésithérapeute, pour avoir préparé physiquement et psychologiquement les clientes.

Du Dr Symphorose LOKOSSOU pour ses conseils.

De toutes les femmes qui se sont prêtées à notre étude.

De Mlle Hermine VIGAN pour l'impression des documents.

Du docteur Abiba TAMOU TABE MOUMOUNI pour sa sympathique collaboration et du Dr Patrice DANGBEMEY pour son soutien.

Des Docteurs Souleiman NOUR, Noé AKONDE et Etienne GUIROU pour leur précieuse aide.

De tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, à un moment donné ou à un autre, ont contribué à la réalisation de ce travail.

UN HOMMAGE MERITE

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY,

Monsieur le professeur Salif DIAKITE : Professeur de Gynécologie-Obstétrique. Praticien au Centre Hospitalier et Universitaire Gabriel Touré de Bamako.

Nous sommes extrêmement sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre thèse malgré vos multiples occupations. Nous restons persuadée que vos conseils et recommandations nous aiderons à l'améliorer. Veuillez croire cher maitre à l'expression de notre profonde gratitude. Hommages respectueux.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Monsieur le professeur Youssouf COULIBALY : Maître de conférences agrégé d'anesthésie-réanimation, Président de la Société d'Anesthésie-Réanimation et de la Médecine d'Urgences du Mali (SARMU-Mali), Chef du service d'anesthésie-réanimation et des urgences du Centre Hospitalier et Universitaire du Point G.

C'est pour nous une grande fierté de vous savoir dans notre jury de thèse. Votre modestie, votre rigueur dans la démarche médicale, votre pédagogie et votre amour du travail bien fait sont autant de qualités qui vous honorent. Mais plus encore la manière dont vous encadrez vos stagiaires, avec beaucoup de fermeté et d'humour, nous a toujours séduite. Nous vous prions cher maître d'accepter nos vifs remerciements. Hommages respectueux.

A NOTRE MAITRE ET JUGE, Docteur Soumana Oumar TRAORE :
gynécologue obstétricien. Praticien au Centre de Santé de la commune V
du district de Bamako.

Vous avez de bon cœur et avec beaucoup de gentillesse accepté de juger
ce travail loin d'être parfait, malgré vos multiples occupations. Nous ne
saurions trouver les mots exacts pour vous exprimer toute notre gratitude
et nos sincères remerciements. Hommages respectueux.

A NOTRE MAITRE, Docteur Justin Lewis DENAKPO : maître assistant de Gynécologie-Obstétrique, Praticien à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou.

Vous incarnez la jeunesse prometteuse par votre dynamisme, votre efficacité et votre simplicité. Avec des hommes tels que vous nous sommes sûre qu'une relève de qualité est assurée. Veuillez recevoir cher maître l'expression de notre profonde gratitude. Hommages respectueux.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE,

Monsieur le professeur René-Xavier PERRIN : Professeur titulaire de Gynécologie-Obstétrique, médecin coordonnateur de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou au BENIN, coordonnateur des études spécialisées de Gynécologie-Obstétrique au Bénin, expert de l'organisation ouest africaine de la santé.

Vous nous avez suggéré ce sujet de thèse et avez contribué avec un soin attentif à sa réalisation. La disponibilité, l'amabilité et la simplicité dont vous avez fait preuve tout au long de ce travail nous ont énormément touchée. Très fière sommes nous de vous avoir comme maître car en plus d'être un monument national, international et mondial de Gynécologie et d'obstétrique vous êtes un homme très humble, au grand cœur, d'un humanisme et d'une générosité rares. Vous nous avez apaisée et encouragée chaque fois que nous étions inquiète et découragée. Plus qu'une simple étudiante vous nous avez traitée comme une fille. Pour paraphraser le professeur BEDAR nous voulons vous dire « un mot qui ne s'use que lorsqu'on ne l'utilise pas : MERCI ». Trouvez en ces lignes l'expression de notre éternelle reconnaissance et de notre profonde gratitude. Hommages respectueux.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE,

Monsieur le professeur Mamadou TRAORE : maître de conférences agrégé de Gynécologie-Obstétrique, Médecin chef de la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako, Secrétaire Générale de la Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique.

Vous avez spontanément et avec beaucoup de courtoisie accepté de diriger ce travail. La richesse de votre savoir, votre compétence, la clarté de votre enseignement, votre rigueur dans la démarche médicale, votre attachement à l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales au Mali et surtout votre humilité sont autant de qualités qui font de vous un grand maître. Merci pour le bon accueil que nous avons toujours eu auprès de vous. Veuillez croire cher maître à l'expression de notre profonde gratitude et de notre considération. Hommages respectueux.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CC : centimètre cube

CHU : centre hospitalier et universitaire

CPN : consultation prénatale

CUGO : clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique

DC: dilatation complète

Décub : décubitus

DLP : douleurs lombo-pelviennes

FCS : fausse couche spontanée

Fig. : figure

GATPA : gestion active de la troisième période de l'accouchement

GEU : grossesse extra utérine

H : heure

HOMEL : Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune

HTA : hypertension artérielle

HU : hauteur utérine

Kg : kilogramme

Lat : latéral

LA : liquide amniotique

M=Min=mn : minutes

MAP : menace d'accouchement prématuré

Max : maximum

Min : minimum

Moy : moyenne

NP : non précisé

Obst= obstétricaux

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

P= seuil de significativité

PDE : poche des eaux

RPM : rupture prématurée des membranes

RR= risque relatif

S= seconde

SA = semaine d'aménorrhée

SDC= suite de couches

SFA= souffrance fœtale aiguë

TA : tension artérielle

Trauma= traumatisme

% : pour cent

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Illustration d'Engelmann montrant l'accouchement dans l'espace domestique.....	8
Figure 2 : Femme en travail d'accouchement sur une chaise, entourée de deux matrones au 16 ^{ème} siècle.....	9
Figure 3 : Tabouret d'accouchement du 14 ^{ème} siècle.....	10
Figure 4 : Chaise d'accouchement moderne.....	10
Figure 5 : Différentes positions pouvant être adoptées au cours du travail d'accouchement.....	25
Figure 6 : Différentes positions pouvant être adoptées lors de l'expulsion...26	
Figure 7 : Position gynécologique, angle tronc-cuisse supérieur à 90°. Cambrure.....	27
Figure 8 : Position couchée asymétrique.....	28
Figure 9 : Sacrum nuté (a) et sacrum bloqué (b).....	30

Figure 10 : Respiration et poussée
.....32

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: répartition des parturientes selon l'âge dans les deux groupes.....

53

Graphique 2: répartition des parturientes selon l'ethnie dans les deux groupes.....

...54

Graphique 3: répartition des parturientes selon leur profession dans les deux groupes.....

54

Graphique 4: répartition des parturientes selon leur niveau d'instruction dans les deux groupes.....

55

Graphique 5: répartition des parturientes selon leur statut matrimonial dans les deux groupes.....

55

Graphique 6: répartition des parturientes selon leur religion dans les deux groupes.....

...56

Graphique 7: répartition des parturientes selon leur gestité dans les deux groupes.....

...56

Graphique 8: répartition des parturientes selon leur parité dans les deux groupes.....

...57

Graphique 9: fréquence des positions libres adoptées par les femmes au cours de la phase active du travail d'accouchement.....57

Graphique 10: fréquence des positions libres adoptées par les femmes au cours de l'expulsion58

Graphique 11: Fréquence des traumatismes obstétricaux dans le groupe 1.....60

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I: Répartition du personnel de HOMEL.....43

TABLEAU II : durée de la phase active du travail en fonction de la position libre adoptée.....58

TABLEAU III : durée de la phase expulsive en fonction de la position libre adoptée.....59

TABLEAU IV : Fréquence des traumatismes en fonction des positions libres adoptées.....60

TABLEAU V : Fréquence des traumatismes en fonction des périmètres crâniens des nouveau-nés.....61

TABLEAU VI: Fréquence des hémorragies de la délivrance dans le groupe

1.....
.62

TABLEAU VII: score d'Apgar des nouveau-nés à M1 et M5.....62

TABLEAU VIII: poids des nouveau-nés à la naissance.....63

TABLEAU IX: impressions des accouchées en position libre.....63

TABLEAU X: Comparaison des durées moyennes de la phase active dans les deux groupes.....65

TABLEAU XI: comparaison des durées moyennes de l'expulsion en fonction de la position adoptée.....65

TABLEAU XII: comparaison des fréquences des traumatismes obstétricaux dans les deux groupes.....66

TABLEAU XIII: Fréquence des traumatismes obstétricaux en fonction de la parité dans le groupe 1.....67

TABLEAU XIV: Fréquence des traumatismes obstétricaux en fonction de la parité dans le groupe 2.....67

TABLEAU XV: Comparaison des pertes sanguines dans les deux groupes.....

68

TABLEAU XVI: comparaison des modes d'accouchement dans les deux groupes.....

69

TABLEAU XVII: comparaison des bilans d'Apgar à une minute de vie dans les deux groupes.....69

TABLEAU XVIII : comparaison des bilans d'Apgar à cinq minutes de vie dans les deux groupes.....70

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	4
CHAPITRE I : GENERALITES.....	5
1.1 Définitions.....	6
1.2. Historique de l'accouchement.....	7
1.3. Etude de l'accouchement	13
1.3.1 Phénomènes mécaniques de l'accouchement.....	13
1.3.1.1 Eléments entrant en jeu.....	13
1.3.1.2 Description des différents phénomènes mécaniques.....	16
1.3.2 Phénomènes plastiques de l'accouchement.....	19
1.4 Etude descriptive des différentes positions au cours de l'accouchement.....	20
1.4.1 Classement des positions d'accouchement.....	20
1.4.1.1 Les positions verticales.....	20
1.4.1.2 Les positions horizontales.....	21
1.4.2 conséquences anatomo-physiologiques et psycho émotionnelles.....	21
1.4.2.1 Effets de la pesanteur.....	21
1.4.2.2 Efficacité de la contraction utérine.....	22
1.4.2.3 Efficacité des efforts expulsifs.....	22
1.4.2.4 Effets sur l'hémodynamique maternelle et placentaire.....	22
1.4.2.5 Effets sur la ventilation pulmonaire.....	23
1.4.2.6 Effets sur les dimensions du bassin.....	23
1.4.2.7 Effets sur le vécu de l'accouchement (douleur et confort).....	24

1.5 Réussite d'une expulsion physiologique.....	27
1.5.1 Au cours de l'engagement.....	27
1.5.2 Au cours de la descente.....	29
1.5.3 au cours du dégagement	32
1.5.4 Les présentations postérieures.....	33
CHPITRE II .CADRE ET METHODE D'ETUDE.....	34
1.1 Cadre d'étude	35
2.1.1 Présentation de la république du BENIN	35
2.1.1.1 Situation géographique	35
2.1.1.2 Situation climatique	35
2.1.1.3 Situation administrative.....	35
2.1.1.4 Situation démographique.....	35
2.1.1.5 Situation économique.....	36
2.1.1.6 Le système sanitaire.....	36
2.1.2 La présentation de HOMEL.....	37
1.2 Matériel et méthode d'étude.....	45
2.2.1 Nature et durée	45
2.2.2 Population d'étude	45
2.2.2.1 Critères d'inclusion	45
2.2.2.2 Critères de non inclusion	46
2.2.2.3 Principes de l'accouchement en position libre.....	46
2.2.3 Echantillonnage	46
2.2.3.1 Type d'échantillonnage	46
2.2.3.2 Taille de l'échantillon	47
2.2.4 Variables étudiées	47
2.2.4.1 Variable dépendante	47

2.2.4.2 Variables indépendantes	47
2.2.5 Collecte des données	48
2.2.5.1 Equipe de collecte	48
2.2.5.2 Outil de collecte	48
2.2.5.3 Technique de collecte.....	48
2.2.5.4 Déroulement de l'enquête.....	49
2.2.6 Traitement et analyse des données	50
2.2.7 Contraintes et difficultés.....	51
2.2.8 Considérations d'ordre éthique	51
CHAPITRE III. RESULTATS	52
3.1 ETUDE DESCRIPTIVE.....	53
3.1.1 Fréquence.....	53
3.1.2 Caractéristiques démographiques de l'échantillon.....	53
3.1.2.1 Age	53
3.1.2.2 Ethnie	53
3.1.2.3 Profession des gestantes	54
3.1.2.4 Niveau d'instruction.....	54
3.1.2.5 Statut matrimonial	55
3.1.2.6 Confession religieuse.....	55
3.1.2.7 antécédents obstétricaux.....	56
3.1.3 Caractéristiques des accouchements dans le groupe I	57
3.1.3.1 Fréquence des positions libres adoptées par les femmes à la phase active du travail d'accouchement	57
3.1.3.2 Durée de la phase active du travail en fonction de la position libre adoptée	58
3.1.3.3 Fréquence des différentes positions au cours de l'expulsion.....	58

3.1.3.4	Durée de la phase expulsive en fonction de la position d'expulsion.....	59
3.1.3.5	Fréquence des traumatismes obstétricaux dans le groupe 1.....	59
3.1.3.6	Fréquence des traumatismes en fonction des positions libres adoptées..	60
3.1.3.7	Fréquence des traumatismes en fonction des périmètres crâniens des nouveau-nés.....	61
3.1.3.8	Fréquence des hémorragies de la délivrance dans le groupe 1.....	61
3.1.4	Caractéristiques des nouveau-nés à la naissance dans le groupe1.....	62
3.1.4.1	Score d'Apgar des nouveau-nés à M1 et M5.....	62
3.1.4.2	Poids des nouveau-nés à la naissance.....	62
3.1.5	Satisfaction des parturientes.....	63
3.1.6	Impression des prestataires.....	64
3.2	ETUDE ANALYTIQUE.....	65
3.2.1	Durée moyenne de la phase active dans les deux groupes.....	65
3.2.2	Durée de l'expulsion en fonction de la position adoptée dans les 2 groupes.....	65
3.2.3	Fréquence des traumatismes obstétricaux en fonction de la position adoptée.	66
3.2.4	Fréquence des traumatismes obstétricaux en fonction de la parité...	67
3.2.5	Fréquence des pertes sanguines en fonction des positions dans les deux groupes.....	68
3.2.6	Mode d'accouchement.....	68
3.2.7	Bilan d'Apgar	69
	CHAPITRE IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	71

4.1 Critique du matériel et de la méthode.....	72
4.2 Caractéristiques épidémiologiques.....	72
4.2.1 L'âge maternel	72
4.2.2 L'activité professionnelle	73
4.3 Aspects cliniques.....	73
4.3.1 Influence de la position verticale sur la durée de la phase active du travail.....	73
4.3.2 Influence de la « position verticale »sur la durée d'expulsion.....	74
4.3.3 Influence de la « position verticale »sur l'état périnéal.....	75
4.3.4 Influence de la « position verticale » sur la survenue d'hémorragie de la délivrance.....	76
4.3.5 Influence de la « position verticale »sur le mode d'accouchement.....	77
4.3.6 Influence de la « position verticale »sur l'état néonatal.....	77
4.3.7 Satisfaction des parturientes.....	78
4.3.8 Interférence des accoucheurs.....	78
CONCLUSION.....	80
SUGGESTIONS.....	83
REFERENCES.....	88

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement ne sont pas des maladies. Ce sont des processus physiologiques naturels qui, cependant, peuvent être marqués dans leur déroulement par des complications. Il est parfois difficile de mettre une ligne entre le normal et le pathologique. Ainsi, l'accouchement est de plus en plus médicalisé même dans les pays en voie de développement. Cette médicalisation s'observe également en absence de situations pathologiques ; elle se traduit par des interventions médicamenteuses, des extractions instrumentales, et même par le choix des positions imposées à la parturiente lors des différentes phases de l'accouchement [1].

La position horizontale dorsale (ou décubitus dorsal) sur la table d'accouchement est bien ancrée dans la pratique obstétricale. Il s'agit d'une position commode pour les médecins, leur permettant de dispenser des soins, de pratiquer des extractions instrumentales ou encore une épisiotomie ; Mais elle est plutôt inconfortable pour les parturientes et leur est souvent systématiquement imposée. Dans cette position, la force d'expulsion pèse sur le périnée et la pesanteur n'est pas efficacement utilisée au moment de l'expulsion du fœtus.

Les positions verticales, position « debout », « assise », « accroupie », « à quatre pattes » sont des positions dans lesquelles la pesanteur pèse plutôt sur l'ensemble de l'orifice vaginal. Dans ces positions, la force d'expulsion peut être utilisée au mieux. Elles sont meilleures pour la circulation sanguine au niveau de la partie inférieure du corps. Elles permettent ainsi d'alimenter davantage en oxygène le fœtus.

Dans certains pays comme le Japon, l'accouchement en position allongée a commencé à être reconsidéré dès les années 1980 et certains obstétriciens importèrent des chaises spéciales pour accoucher en position

assise. Des fabricants japonais produisirent également des chaises de ce genre et des changements furent aussi apportés sur la table d'accouchement même.

Cette tendance fut principalement lancée par les cliniques d'accouchement et suivie ensuite par les hôpitaux qui proposent désormais un accouchement Freestyle sans table d'accouchement, c'est-à-dire qu'il est possible de choisir librement une position pour accoucher [1].

La redécouverte, assez récente, des postures spontanément adoptées par les parturientes, s'est tout spécialement faite sous l'impulsion de Paciornik au Brésil [2], Odent [3], Gardosi en Grande Bretagne [4], Navé en France [5], suivis par De Gasquet [6] puis Lucas et Racinet [2]. Bien que les fondements anatomo-physiologiques de ces postures paraissent très convaincants, à l'ère de la médecine basée sur les faits prouvés, il paraît incontournable d'étayer ces pratiques par une recherche clinique la plus pertinente possible.

Ceci est le principal objet de notre étude qui se justifie également par la nécessité, au 21^{ème} siècle, d'assurer à la parturiente, en plus d'un plateau technique adéquat, un bien-être physique et émotionnel durant toute la durée de l'accouchement et ce, même dans les pays en voie de développement comme le Bénin et le Mali.

HYPOTHESE DE TRAVAIL:

Les positions verticales au cours du travail d'accouchement ont une influence favorable sur l'issue de l'accouchement et peuvent être une alternative à la position horizontale classique dans les maternités de nos pays.

OBJECTIFS :

• OBJECTIF GENERAL :

Comparer l'accouchement en positions libres et l'accouchement en position classique.

• OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence d'accouchement en position libre pendant la période d'étude.
- Comparer la durée moyenne du travail d'accouchement en positions libres avec celle de la position allongée.
- Comparer la fréquence des complications obstétricales dans les deux groupes « positions libres » et « position classique ».
- Apprécier l'état des nouveau-nés à la naissance.
- Apprécier l'impact psychosomatique de l'accouchement libre chez les parturientes.
- Etudier l'acceptabilité de ce type d'accouchement par les prestataires.

CHAPITRE I : GENERALITES

I- GENERALITES :

1-1-DEFINITIONS :

L'**accouchement** est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée).[7]

Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions des diamètres fœtaux, ceux de la tête fœtale en particulier, à celles du bassin maternel et des parties molles, permettant au fœtus de traverser la filière génitale, et par les contractions utérines du travail qui poussent le fœtus vers l'extérieur.

L'expulsion de l'œuf avant le terme de six mois est un **avortement**.

L'accouchement qui se produit entre le début de la 38^e semaine et la fin de la 42^e semaine est dit **à terme**.

S'il se produit entre 28 semaines et 37 semaines d'aménorrhée, il est dit **prématuré**.

L'accouchement **spontané** est celui qui se déclenche de lui-même, sans intervention de causes extérieures.

Il est **provoqué**, lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure, généralement d'ordre thérapeutique.

Il est dit **programmé** lorsqu'il est provoqué sans indications pathologiques.

L'accouchement est **naturel** lorsqu'il se fait sous l'influence de la seule physiologie ; sinon il est **dirigé**.

Il est **artificiel** quand il est le résultat d'une intervention manuelle ou instrumentale, par voie basse ou par voie abdominale.

L'accouchement est **eutocique** quand il s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal. Il est **dystocique** dans le cas contraire. [7]

L'accouchement normal est l'expulsion d'un enfant vivant par l'effet des forces naturelles dans un temps raisonnable, avec présentation du sommet, entre la 37^e et la 41^e semaines de gestation, sans traumatisme pour la femme ou l'enfant. [8,9].

L'accouchement libre encore appelé **accouchement Freestyle** est celui qui se fait sans table d'accouchement et qui permet à la femme de choisir librement la (les) position(s) à adopter jusqu'à la délivrance. [1]

Le score d'APGAR est un score mis au point par l'anesthésiste américaine Virginia APGAR pour évaluer les grandes fonctions vitales du nouveau-né dès sa première minute de vie et en apprécier l'évolution 3, 5, ou 10 min plus tard. Cinq éléments sont notés à la naissance : la fréquence cardiaque ; les mouvements respiratoires ; la coloration de la peau ; le tonus musculaire ; les réactions à la stimulation. Chaque élément est noté de 0 à 2, le total pouvant atteindre 10. Lorsque le score d'APGAR est compris entre 8 et 10, le nouveau-né est en bonne santé [10].

L'épisiotomie : est une incision chirurgicale faite sur le périnée afin d'élargir l'anneau vulvaire. [11]

Les hémorragies de la délivrance sont des pertes sanguines ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire et survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Elles sont anormales par leur abondance (plus de 500ml) et leurs effets sur l'état général [12].

La gestité est le nombre de grossesse(s) portée(s) par la femme.

La parité est le nombre d'accouchements chez la femme : **nullipare**= 0 accouchement ; **primipare**= 1 accouchement ; **paucipare**= 2 à 3

accouchements ; **multipare**= 4 à 5 accouchements ; **grande multipare**= 6 accouchements ou plus [13].

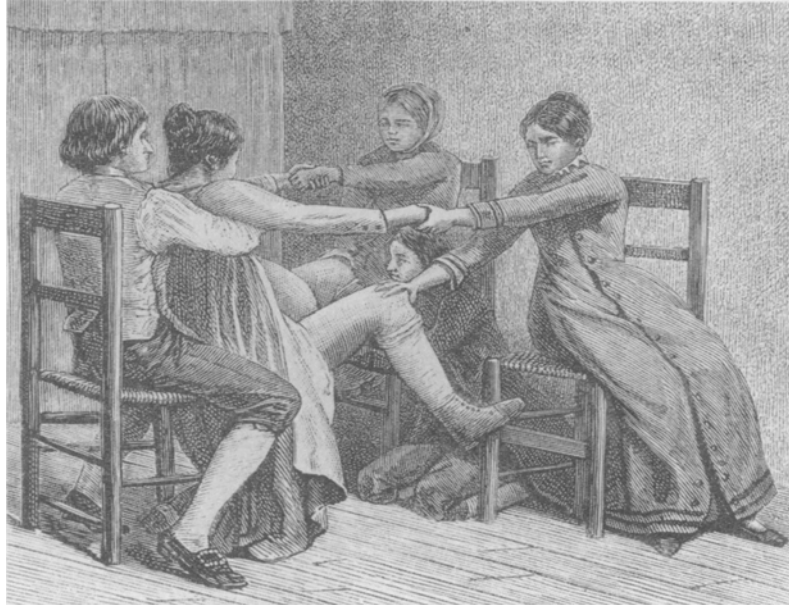
1-2-HISTORIQUE DE L'ACCOUCHEMENT :

La position horizontale d'accouchement qui a fait l'objet d'un grand nombre de controverses n'a commencé à être utilisée dans les cultures occidentales que pendant ces derniers 400 ans. Avant cette date, l'histoire de l'accouchement indique que la position verticale était largement utilisée [14, 15,16].

✓ Les pratiques universelles :

Que cela soit en Asie, en Afrique, en Amérique ou en Europe, les femmes ont toujours adopté spontanément différentes postures au cours du travail et de l'accouchement. Dans toutes les civilisations, il existe des témoignages, sous forme de représentations picturales ou de sculptures, de l'accouchement des femmes depuis l'antiquité. Traditionnellement, les africaines et les sud-américaines utilisaient plus volontiers les positions accroupie ou assise et parfois debout, le plus souvent en suspension à l'aide d'une branche d'arbre ou avec leur entourage (figure 1).

FIGURE 1- Illustration d'Engelmann montrant l'accouchement dans l'espace domestique [17].



Dans la France rurale des siècles passés, l'accouchement se déroulait dans l'espace domestique par une matrone qui assistait la femme en couches lui laissant une assez grande liberté (figure 2) ;

FIGURE 2- Femme en travail d'accouchement sur une chaise, entourée de matrones, au 16ème siècle [17].



Les différentes postures adoptées au cours du travail variaient selon les lieux et les habitudes du corps. Les postures accroupie, debout, à genoux n'étaient pas rares ; mais c'est sans doute la position assise sur le bord du lit, sur un siège d'accouchement (réactualisé récemment sous la forme de ce que l'on appelle de nos jours le « siège hollandais »), ou encore sur une autre personne, qui semble l'avoir emporté [17].

Un bas-relief au Temple de Esneh en Egypte représente Cléopâtre (69-30 Avant JC) dans une position à genoux, entourée par cinq femmes accoucheuses. L'utilisation de la position assise, quant à elle, remonte à la culture babylonienne et s'est ensuite étendue à de nombreuses parties du monde [18].

Dans certaines parties du monde, diverses chaises traditionnelles d'accouchement sont encore utilisées, tandis qu'une version moderne (figure 3,4) est désormais disponible dans certains hôpitaux [19, 20, 21,22].

FIGURE 3- Tabouret d'accouchement du 14^{ème} siècle [20]

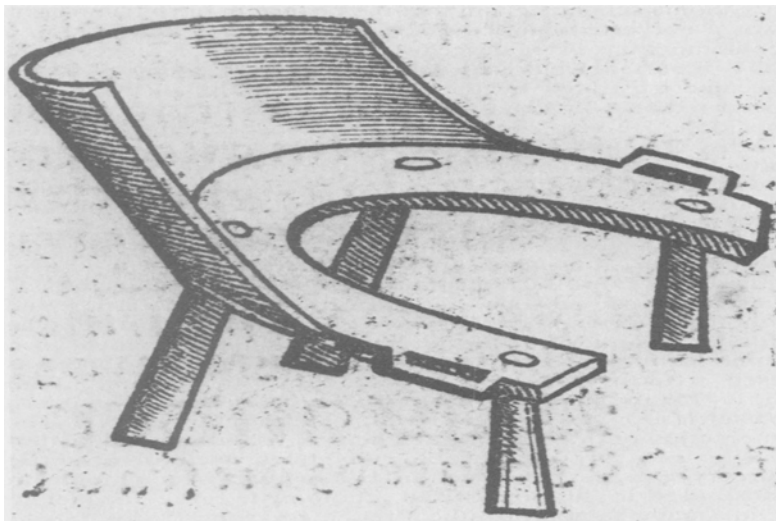


FIGURE 4- Chaise d'accouchement moderne [20]



✓ **Influence de Mauriceau :**

Bien que Guillemeau [22] soit l'initiateur des lits d'accouchement inclinables, la personne à qui est généralement attribuée la grande révolution des positions de naissance est François Mauriceau [2]. Il a affirmé que la position inclinée, semi-assise serait à la fois plus confortable pour les parturientes et plus pratique pour l'accoucheur. Dans son livre, « The Diseases of Women with Child and in Child-Bed », il a recommandé la position semi assise et a proposé les recommandations suivantes : « Toutes les femmes ne sont pas habituées à faire le travail d'accouchement dans une même position, certaines seront à genoux, comme dans de nombreux villages, d'autres debout, penchées en avant avec les coudes en appui sur un oreiller sur une table, d'autres sur le côté de lit ... mais la meilleure et la plus sûre est d'être suivies dans leur lit, afin d'éviter les inconvénients et les difficultés de transport en urgence en cas de complications ». [18,22]. Mauriceau, dans l'un de ses premiers travaux faisant référence aux

problèmes médicaux durant la grossesse et l'accouchement en 1668 a affirmé que toutes les naissances étaient inséparablement liées au pathologique et à l'anormal [23].

Sous l'impulsion de François Mauriceau à la fin du XVIIème siècle, le « petit lit » d'accouchement apparaît alors puis se répand dans toutes les campagnes occidentales et les femmes ont de plus en plus donné la vie allongées.

C'est en effet à cette époque que commence l'utilisation des forceps, des manœuvres par version interne ou externe ou encore les délivrances artificielles. Toutes ces interventions nécessitent que la parturiente soit allongée sur un lit. Celui-ci sera remplacé par une table spécifiquement conçue pour l'accouchement, les femmes accouchant de plus en plus à l'hôpital. Ces avancées ont notablement réduit la mortalité maternelle et périnatale, mais également la liberté de mouvement des femmes [17].

En France, à partir des années 1950, certains professionnels de la naissance, comme le docteur Lamaze, commencent à réfléchir à d'autres méthodes pour accompagner les femmes au cours de l'accouchement.

A partir de 1976 sont créées des salles de naissance différentes ; on trouve en général dans ces « chambres de naissance » un lit confortable, différents coussins, un ballon, une corde pour les suspensions, une baignoire, mais également tous les équipements nécessaires à la sécurité de la femme et de l'enfant, avec le monitoring, les prises d'oxygène, d'air et de vide et l'espace indispensable à une anesthésie générale pour extraction fœtale en urgence par exemple. Le matériel nécessaire à l'accueil du nouveau-né se trouve également le plus souvent dans la même pièce. Cela continue petit à petit à se répandre, dans de petites structures comme dans les maternités de certains grands CHU [17].

✓ **Le rôle du roi Louis XIV**

Certains érudits prétendent que l'adoption de la position couchée était plutôt un caprice pervers du roi Louis XIV (1638-1715), un contemporain de Mauriceau (1637-1709) [22]. L'influence de la politique royale est inconnue mais a dû affecter le public à un certain degré. Et ce, d'autant plus que la demande de changement de position d'accouchement par LOUIS XIV coïncide avec l'adoption de la nouvelle position semi assise.

✓ **Forceps et anesthésie**

La position couchée aurait aussi été instituée parce qu'elle permettait un meilleur accès au périnée lors de l'utilisation du forceps [18,24] et était aussi favorable à l'anesthésie. L'utilisation du forceps remonte au 3^{ème} siècle [22] et on doit son invention effective à la famille Chamberlain.

✓ **Position horizontale d'accouchement aux États-Unis :**

Ni la position lithotomique, ni la position horizontale à plat sur le dos n'ont été recommandées par Mauriceau dans le cours de l'année 1600. Il a plutôt préconisé la posture inclinée qui serait selon lui plus favorable à la physiologie et plus confortable pour les femmes. La position horizontale controversée [25] (contrairement à celle inclinée) est celle qui a initialement commencé à être utilisée aux États-Unis [22]. La situation diffère dans les pays européens. Dans le livre d'obstétrique de Cazeaux (1884), il est indiqué que les femmes aux États-Unis se couchaient à plat sur le dos, et que les femmes françaises, elles, se couchaient sur un plan incliné, les femmes anglaises sur leur côté gauche, et les femmes allemandes utilisaient une

chaise d'accouchement. L'utilisation de la position horizontale d'accouchement (vers 1834) est attribuée à William Dewees Potts, le troisième président de l'obstétrique à l'Université de Pennsylvanie. Dewees a préconisé la position couchée sur le dos lors de l'accouchement, mais a recommandé la position couchée sur le côté au cours du travail d'accouchement [22].

✓ **Liens entre Lithotomie et obstétrique aux États-Unis**

Comme Shippen, premier président d'obstétrique et d'Anatomie de l'Université de Pennsylvanie, Hugh Hodge, avait opté aussi pour la position lithotomique. A partir du milieu du 18e jusqu'au 20e siècle, les pratiques obstétricales ne se sont pas uniformisées, et des formes variées de la position horizontale d'accouchement prévalaient [26].

1-3- ETUDE DE L'ACCOUCHEMENT [7]:

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

- la première correspond à l'effacement et à la dilatation du col ;
- la deuxième à la sortie du fœtus ;
- la troisième à la sortie des annexes (placenta et membranes).

Plusieurs phénomènes se coordonnent pour aboutir à la naissance de l'enfant.

1.3.1 Phénomènes mécaniques de l'accouchement [12]

1.3.1.1 Eléments entrant en jeu

Le mécanisme de l'accouchement met en présence trois éléments :

- La filière osseuse et les parties molles
- Le moteur utérin

- Le mobile fœtal.

✓ **Filière osseuse et parties molles :**

➤ **La filière osseuse** est constituée par le petit bassin formé :

- En avant par la face postérieure de la symphyse pubienne ;
- En arrière par la face antérieure du sacrum et du coccyx ;
- Latéralement par les faces internes des os iliaques, en dessous des lignes innominées.

Elle peut être comparée à un cylindre coudé ouvert en avant.

• Son orifice supérieur, appelé **détroit supérieur**, plan de l'engagement de la présentation est ovale et mesure :

- 10,5 cm du promontoire (L5-S1) à la face postérieure de la symphyse : diamètre utile
- 12 cm du sinus sacro iliaque à l'éminence du promontoire et de la symphyse
- 12,5 cm transversalement à mi-distance du promontoire et de la symphyse

• L'excavation proprement dite, dans laquelle la présentation descend, à un diamètre moyen de 12 cm avec un léger rétrécissement à hauteur des épines sciatiques, appelé **détroit moyen**.

• L'orifice inférieur, appelé **détroit inférieur**, plan du dégagement de la présentation, mesure :

- 11 cm du bord inférieur de la symphyse à la pointe du sacrum ;

- 11 cm entre les faces internes des tubérosités ischiatiques.

Le coccyx intervient peu car il est rétro pulsé.

➤ **La filière des parties molles** est constituée par le vagin sur lequel viennent s'insérer les fibres du releveur de l'anus et les muscles du périnée superficiel. Ces éléments fibro-musculaires qui sont influencés par les sécrétions endocriniennes, vont se laisser distendre et se transformer en un véritable tube ouvert en avant et en haut. Le diamètre moyen de ce tube distendu est de 10 cm.

✓ **Mobile fœtal :**

Il est constitué avant tout par la tête fœtale, car elle est le seul élément incompressible du fœtus. Elle a la forme d'un ovoïde :

- Son grand axe va du front à l'occiput et mesure 12 cm ;
- Transversalement, les dimensions sont de 9,5 cm d'une bosse pariétale à l'autre.

Pour pouvoir descendre dans l'excavation, la tête doit se fléchir :

- Le grand axe tend à devenir vertical et les dimensions diminuent. La section de l'ovoïde se rapproche du cercle ;
- Le diamètre sous-occipito-bregmatique qui correspond à la présentation de la tête fléchie (sommet) va du milieu de la fontanelle antérieure à la base de l'occiput est de 9,5 cm.

Les **fontanelles** sont des espaces membraneux qui séparent les plaques osseuses. Elles servent de point de repère. Les deux plus importantes sont :

- Le **bregma** ou grande fontanelle antérieure, losangique, située entre les deux pariétaux et les deux frontaux ;

- Le **lambda** ou petite fontanelle, triangulaire, située entre l'écaille de l'occipital et les deux pariétaux. Lorsque la flexion est bonne, elle se situe à la partie centrale de l'excavation.

✓ **Rapport mobile fœtal et filière pelvienne :**

La **présentation** : c'est la partie du fœtus qui est située dans l'aire du détroit supérieur (présentation longitudinale oblique ou transversale).

La **variété de position** : c'est la situation du repère de la présentation par rapport aux contours du détroit osseux (os iliaque, pubis, sacrum).

✓ **Moteur utérin :**

L'utérus s'est laissé distendre tout au long de la grossesse tout en gardant une faible activité contractile.

A terme, c'est un sac musculaire dont les parois sont relativement minces :

- 8 à 10 mm à la partie supérieure ;
- 2 à 4 mm au niveau du segment inférieur, situé entre le corps utérin et l'orifice interne du col.

Le **segment inférieur** se forme en fin de grossesse par suite de la distension progressive de la région isthmique et de la moitié supérieure du canal cervical.

Lorsque le travail se déclenche, marqué par des contractions perçues par la patiente, le moteur utérin devra successivement :

- effacer le canal cervical restant et le transformer en un anneau souple ;
- dilater cet anneau jusqu'à un diamètre de 10 cm ;
- expulser le fœtus dans le tube utéro-vaginal ainsi formé.

1.3.1.2 Description des différents phénomènes mécaniques

Ce sont :

- l'engagement, c'est-à-dire le franchissement du détroit supérieur ;
- la descente, qui s'accompagne de rotation ;
- le dégagement, c'est-à-dire le franchissement du détroit inférieur.

Ces phénomènes se répètent pour chaque segment du mobile fœtal : tête, épaules, siège, ou inversement, selon la présentation.

L'engagement :

C'est le franchissement de l'aire du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation. Il est précédé des deux phénomènes préparatoires : orientation et amoindrissement.

Son diagnostic clinique, d'une importance capitale, est facile dans la majorité des cas, mais parfois très difficile, justement dans les cas où de lui dépend une indication ou une modalité opératoire :

- au palper, en cas de présentation céphalique, la descente du moignon de l'épaule à moins de 7 cm (trois travers de doigt) du bord supérieur de la symphyse est un signe d'engagement. Il est souvent difficile de repérer le moignon de l'épaule. Si la tête est fléchie, la saillie occipitale n'est plus perceptible, la saillie frontale se rapproche du bord symphysaire.

- au toucher, lorsque la présentation est engagée, les deux doigts introduits sous la symphyse et dirigés vers la deuxième pièce sacrée sont arrêtés par la présentation. Ils ne peuvent trouver place entre cette dernière et la concavité sacrée (signe de Farabeuf).

Lorsque le plus grand diamètre de la présentation se trouve au détroit supérieur, son point le plus bas se trouve alors au niveau des épines sciatiques (niveau zéro). Ceci n'est vrai qu'en l'absence de bosse séro-sanguine. Si les membranes sont rompues depuis longtemps, l'infiltration séro-sanguine donne une impression trompeuse. Dans la présentation céphalique, elle descend dans l'excavation, franchit le plan passant par le bord inférieur de la symphyse et la deuxième pièce sacrée, atteint parfois le plancher périnéal, alors que la tête peut rester au-dessus du détroit supérieur. Les signes d'engagement perdent alors toute leur valeur.

➤ **Descente et rotation:**

Dans le parcours que fait la présentation du détroit supérieur au plan du détroit inférieur, on distinguera deux phases et un temps complémentaire de rotation.

Dans la première phase, la présentation progresse dans un cylindre de descente dont les deux bases sont constituées de haut en bas par celui qui passe par le bord inférieur de la symphyse pubienne et la deuxième pièce sacrée. L'axe de progression se continue avec l'axe d'engagement, il est ombilico-coccygien.

Dans la deuxième phase, la présentation prend contact avec la face antérieure du sacrum qu'elle parcourt à partir de ce moment. Mais la progression n'est alors possible qu'au prix d'un changement d'axe qui devient horizontal, formant avec l'axe ombilico-coccygien un angle obtus ; il amorce l'axe de sortie.

Somme toute, la première phase ne fait que compléter le mouvement d'engagement, la deuxième commence celui de dégagement.

La présentation doit faire une rotation intra pelvienne telle qu'elle amène son plus grand axe à coïncider avec le plus grand axe du détroit inférieur, le sous-pubo-coccygien. La hauteur de la rotation est variable : parfois elle ne se fait que sur le périnée, après descente complète. Mais souvent les deux phénomènes vont de pair, la descente se faisant en pas de vis. Exceptionnellement, la rotation précède la descente (présentation de la face). La rotation amène le contour antérieur de la présentation à se caler sous la symphyse. C'est autour de cette charnière que s'opèrent les mouvements propres au dégagement.

La descente est appréciée cliniquement par le niveau de la présentation. Engagée à la partie moyenne, son niveau est à 2 cm au-dessous du plan des épines sciatiques, à la partie basse sur le plancher pelvien à + 4 cm, à la vulve à + 5 cm.

➤ **Le dégagement :**

Le dégagement n'est possible qu'après le parachèvement des phénomènes de la période précédente : modifications segmento-cervicales, ovulaires et mécaniques. Il faut donc que la dilatation soit complète, la présentation soit descendue et orientée, que les membranes soient rompues.

Le franchissement du détroit inférieur ostéoligamentaire est caractérisé par :

- l'orientation du plus grand diamètre de la présentation dans l'axe sous pubo-coccygien ;
- le dégagement de la présentation autour du point fixe sous symphysaire. Alors la présentation prend progressivement une attitude inverse de celle qu'elle avait lors de l'engagement et de la descente : le sommet primitivement fléchi se défléchit, la face se fléchit ; le siège s'infléchit latéralement.

Lors du franchissement du plancher pelvi-périnéal, la pression de la présentation le distend peu à peu et aboutit à la rétropulsion du coccyx qui substitue au diamètre coccy-sous-pubien de 9.5 cm les 11 cm du diamètre sacro-sous-pubien. La résistance même du plan postérieur chasse la présentation en avant.

Le périnée antérieur se laisse distendre. La région ano-vulvaire double de longueur, l'orifice vulvaire s'agrandit. Le franchissement de la boutonnière musculaire du faisceau élévateur constitue le temps essentiel du dégagement. Le périnée superficiel est le dernier obstacle à la sortie de la présentation. L'orifice vulvaire doit progressivement se dilater aux dimensions de la grande circonférence de la présentation. A ce moment se rompent, chez la primipare, les vestiges hyménaux.

1.3.2 Phénomènes plastiques de l'accouchement [7]

Ce sont les déformations subies par le fœtus lors de son passage dans la filière pelvi-génitale.

Les unes modifient le volume et la forme de la présentation, ce sont les déformations intrinsèques :

- certaines ne mettent en jeu que la mobilité articulaire, réduisant sensiblement certains diamètres, tels que le biacromial ou le sacro-tibial.
- d'autres sont de véritables déformations osseuses crâniennes par chevauchement des os ou par modification de leur courbure.

D'autres n'affectent que les plans superficiels : la bosse séro-sanguine est une infiltration œdémateuse et sanguine de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, parfois volumineuse, siégeant sur la partie de la présentation qui occupe l'aire de l'orifice de dilatation. Elle n'apparaît qu'après rupture des membranes.

1-4 ETUDE DESCRIPTIVE DES DIFFERENTES POSITIONS AU COURS DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT :

La position la plus aisée est différente selon chaque parturiente : il peut y avoir autant de positions différentes que de parturientes. Il est nécessaire que le personnel médical cherche avec elles une position idéale. Chaque position pour accoucher a des avantages et des inconvénients. Il faut bien les connaître afin de donner des conseils adaptés à la parturiente.

1.4.1 Classement des positions d'accouchement :

La multitude de positions que peut adopter le corps humain peut être divisée en deux sous-ensembles : les positions verticales et les positions horizontales, qu'Atwood [27] a proposé de distinguer en fonction de l'angle que fait la ligne reliant les centres des 3^{ème} et 5^{ème} vertèbres lombaires avec l'horizontale. Lorsque l'angle formé par l'horizontale avec cette ligne est supérieur à celui formé avec la bissectrice de l'angle droit soit 45°, la position est considérée comme verticale, lorsque cet angle est inférieur à 45°, il s'agit d'une position horizontale. Les positions extrêmes sont représentées par la position debout et la position strictement allongée, pour lesquelles l'influence de la verticalité est soit maximale soit annulée.

1.4.1.1 Les positions verticales :

La position **assise** est définie par l'appui fessier et la position verticale du dos avec des genoux fléchis de façon plus ou moins marquée.

La position **accroupie** se différencie de la position assise par l'absence d'appui fessier : le poids du corps est principalement supporté par

les pieds, les genoux étant fortement fléchis. Elle peut être aidée par une suspension par les bras au moyen d'artifices variés.

Nous évoquerons seulement la position **debout** où l'appui principal se fait par les pieds et où le corps cherche constamment un appui latéral, et la position **à genoux** où l'appui se fait sur les genoux et les pieds, la distribution du poids du corps pouvant varier suivant la position du tronc.

Enfin il faut rattacher à ce groupe la position dite **à quatre pattes**, variante de la position à genoux, récemment recommandée comme méthode de résolution de difficultés liées à l'accouchement, tout particulièrement dans la dystocie des épaules [28] (position dite de Gaskin).

1.4.1.2 Les positions horizontales :

Les positions horizontales sont celles où le poids de la parturiente repose sur son dos, celui-ci pouvant être incliné selon un angle de zéro à 45°. Elles regroupent les positions en décubitus dorsal, en lithotomie (les jambes sont en général placées sur des étriers en plus ou moins grande hyperflexion de l'articulation coxo-fémorale), en décubitus latéral et en position déclive.

1.4.2 Conséquences anatomo-physiologiques et psycho émotionnelles :

1.4.2.1 Effets de la pesanteur :

Tout corps est soumis à la loi universelle de la gravité, ceci étant corrélé au degré de verticalité. La pesanteur est un élément contribuant à la descente du mobile fœtal à travers la filière génitale. Chez la femme allongée, le canal vaginal décrit une courbe vers le haut ; en position accroupie, ce canal

descend vers le sol. La force de gravité attire le fœtus et le poids des viscères le pousse. On peut estimer que pour un fœtus de 3,5 kg la force de gravité exercée sur lui représente une force continue de 25 à 35 mm Hg vers le bas.

1.4.2.2 Efficacité de la contraction utérine.

Divers travaux entrepris par Mendez-Bauer (29) et Caldeyro-Barcia [23] ont montré qu'en position verticale les effets de la gravité sur le fœtus sont en synergie avec l'effet sur les contractions utérines : celles-ci sont d'intensité plus élevée (des résultats similaires ont été aussi trouvés par Bouchetara [30] et JOYCE [31]) et de fréquence moindre qu'en décubitus, elles sont mieux coordonnées, leur efficacité pour dilater le col est majorée aboutissant ainsi à un travail plus efficace et moins long. De même les positions verticales permettent une meilleure coïncidence des axes de poussée utérine et d'engagement du mobile fœtal [32] comparativement à la position horizontale qui n'offre pas les mêmes avantages. Cependant les diverses études cliniques n'aboutissent pas à un consensus parfait. Certaines sont en faveur d'une amélioration de la dynamique utérine, d'autres ne décèlent aucune influence favorable de la verticalité.

1.4.2.3 Efficacité des efforts expulsifs.

De nombreux auteurs pensent que les efforts expulsifs sont plus efficaces en position verticale qu'en position horizontale [27,30]. On peut penser que, plutôt que l'effet de la pesanteur, ce sont les perceptions proprioceptives ressenties par la parturiente lors des efforts expulsifs en position verticale, déjà expérimentés au cours de la vie de tous les jours, qui favorisent la coordination des efforts expulsifs donc leur meilleure efficacité.

1.4.2.4 Effets sur l'hémodynamique maternelle et placentaire :

Les postures verticales de même que le décubitus latéral n'ont pas d'effet compressif sur les axes vasculaires postérieurs que sont l'aorte et la veine cave inférieure. Inversement, les postures horizontales peuvent comprimer ces vaisseaux (respectivement pendant et en dehors de la contraction utérine) entraînant une baisse du débit cardiaque, de la tension artérielle et de la vascularisation utéro-placentaire et une hypoxie fœtale.

1.4.2.5 Effets sur la ventilation pulmonaire :

Il a été suggéré que les positions verticales améliorent la ventilation pulmonaire dans la partie basse des poumons à l'inverse des positions horizontales [33]. En fait, ce qui semble le plus important de ce point de vue est non pas tant la posture maternelle, que le type de respiration lors de l'expulsion. Les efforts en expiration freinée permettent de conserver une ventilation maternelle continue à l'inverse des efforts habituellement prônés en inspiration bloquée, avec des avantages prouvés par Alexandre (34) sur le rythme cardiaque fœtal et sur l'adaptation néo-natale.

1.4.2.6 Effets sur les dimensions du bassin :

Les positions maternelles lors de l'expulsion ont un effet variable sur les dimensions pelviennes en fonction de la plus ou moins grande mise en jeu de la nutation du sacrum. Lors de la nutation, on observe un léger rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, en moyenne de 3 mm, mais par contre un élargissement des dimensions de l'excavation pelvienne et des diamètres sagittal et transversal des détroits moyen et inférieur : le diamètre sagittal du détroit inférieur peut augmenter

de 2 cm lorsque la femme est en position accroupie [29,32]. C'est, en effet, cette position accroupie qui mobilise au mieux les articulations pelviennes et qui optimise donc les dimensions du bassin : les **positions verticales augmentent de façon significative les dimensions pelviennes** facilitant ainsi le travail d'accouchement et l'expulsion [35], cet effet restant cependant minime [36].

La position assise n'offre pas les mêmes avantages car elle s'accompagne en général d'une gêne à la rétropulsion du sacrum donc d'une limitation de la nutation. Les positions à genoux et à quatre pattes sont, par contre, assez favorables et offrent des avantages mécaniques proches de ceux de la position accroupie.

1.4.2.7 Effets sur le vécu de l'accouchement (douleur et confort) :

Les positions assise, accroupie et à genoux offrent une meilleure participation de la parturiente [37]. R. STREMLER, dans son étude portant sur la position à 4 pattes au cours de l'accouchement, avait trouvé que les femmes ressentaient moins de douleur lombaire pendant l'accouchement et les jours qui le suivaient [38].

Figure 5 : Différentes positions pouvant être adoptées au cours du travail d'accouchement [39].

Des positions pour faciliter et accélérer l'accouchement

Le contact physique, les paroles épaissantes et encourageantes, yeux dans les yeux, sont des aides précieuses



"Pendant les contractions, j'avais besoin qu'on me tienne la main. C'est ce qui m'a aidé à surmonter."



"Ce qui m'a vraiment aidé, c'est le massage. J'en voulais encore, et de plus en plus fort. C'était merveilleux !"



Une pression ferme ou un massage du bas du dos peuvent être utiles pendant une contraction

Pour aider le bébé à progresser le long du bassin, essayez de...



... balancer vos hanches de droite à gauche contre un mur



Même si vous avez besoin d'une surveillance continue, vous pouvez rester en position verticale

Le balancement est souvent réconfortant



Si vous avez besoin de repos, gardez les pieds plus bas que vos fesses pour préserver l'ouverture du bassin



Utilisez tout ce que vous avez à disposition pour vous tenir droite



... ou de les balancer tout en vous accrochant à une porte ouverte

La position verticale et la liberté de mouvement permettent d'accoucher plus vite



L'eau peut beaucoup réconforter

Les contractions sont souvent moins douloureuses dans l'eau



Vous pouvez aussi bénéficier d'une surveillance fœtale dans le baignoire



"Le baignoire, c'est formidable. Comme je l'imagine !"

Bien que la plupart des salles d'accouchement soient équipées d'un lit, gardez à l'esprit que s'allonger sur le dos ralentit le travail



Essayez de soulever vos fesses et de vous pencher en avant à chaque contraction

Si le travail ralentit...



la sage-femme peut vous conseiller de monter des escaliers en marchant sur le côté



Ou essayez de vous agenouiller sur un seul genou



Version française: Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté <http://afar.ws> afar@fraternet.org

The National Childbirth Trust
The voice of parents

Enquiry Line: 0870 444 8707 Website: www.nctpregnancyandbabycare.com

To order more copies call 0870 112 1120 or visit www.nctms.co.uk

(Registered Charity number: 801355)

Figure 6: Différentes positions pouvant être adoptées lors de l'expulsion [39]

Des positions pour faciliter la naissance de votre bébé



Cherchez le meilleur appui avec l'aide de votre sage-femme pour rester à la verticale.



Essayez de vous agenouiller si vous êtes fatiguée.

"Les contractions devenant plus fortes, je me suis posée sur les mains et les genoux, et j'ai senti moins de poids sur mon dos."



L'eau peut faciliter vos mouvements.

Votre bassin s'ouvrira plus largement si vos genoux sont plus bas que vos hanches.



"On sait que ce sera douloureux mais on n'a aucune idée de ce que ce sera en réalité... C'est vrai qu'on oublie vite. Je n'ai aucun mauvais souvenir. Tout ce dont je me souviens, c'est de cet énorme flot d'amour et de soulagement."

"Espérer pendant la contraction - ça m'a vraiment aidée..."



Bébé est là !



Version française: Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté <http://afar.ws> afar@fraternel.org

The National Childbirth Trust
The voice of parents

Enquiry Line: 0870 444 8707 Website: www.nctpregnancyandbabycare.com

To order more copies call 0870 112 1120 or visit www.nctms.co.uk
(Registered Charity Number: 801390)

1.5 REUSSITE D'UNE EXPULSION PHYSIOLOGIQUE [40]

Les trois détroits à franchir ont des axes respectivement opposés. Le fœtus va devoir s'adapter et modifier sa trajectoire. Mais la mère peut aussi participer à cette adaptation par sa mobilité, dans la mesure où elle entraîne la mobilité du bassin, à la fois par rapport à la colonne vertébrale et donc l'axe d'engagement, puis dans les rapports des différents os du bassin entre eux, par l'articulation sacro iliaque essentiellement. La mobilité maternelle est le meilleur gage d'adaptation, une position unique étant à priori moins adéquate. On peut encore souligner ici l'intérêt du ballon qui entraîne un mouvement du bassin quasi automatique, sans aucune difficulté pour la mère.

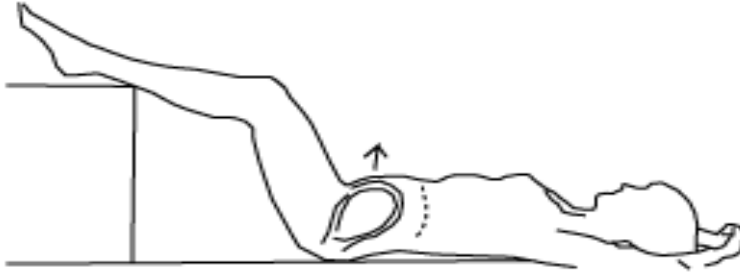
1.5.1 Au cours de L'engagement

- **les obstacles mécaniques**

- Le principal obstacle est l'hyper lordose maternelle. C'est ce qu'a développé ROSA en précisant la position des fémurs par rapport au rachis [38]. En effet, dès que l'angle fémur-rachis est inférieur à 90° , il n'y a plus de lordose. La position gynécologique, par la position même de la plupart des étriers entraîne une lordose et crée un blocage au niveau du promontoire (Fig.7).

Fig. 7 Position gynécologique, angle tronc- cuisse supérieur à 90° .

Cambrure.



- Le deuxième élément important serait de s'assurer de la bonne position du sacrum qui doit être, lors de l'engagement, en contre-nutation. Ce type d'examen du bassin et de la statique est rarement fait aujourd'hui. Un sacrum en nutation entraîne généralement dès la grossesse et lors du travail des douleurs sacro-iliaques qui amenaient les femmes à privilégier les positions antalgiques de type quatre pattes ; les postures asymétriques, lesquelles étant d'ailleurs souvent prises spontanément par les femmes qui "ouvrent plus une jambe, soulèvent plus un genou, etc.

On peut combiner les effets de la pesanteur et les postures délordosantes, par exemple dans les positions accroupies, dans les postures debout ou en appui contre un mur ou contre le père ou une jambe remontée (un pied en appui par exemple sur un tabouret, etc.). Une asymétrie est possible dans l'ouverture des hanches et le balancement du bassin, dès lors que le bassin est libre. Les postures à quatre pattes (ou équivalent) sont aussi de très bonnes positions pour l'engagement, si on respecte l'angle fémur rachis inférieur à 90° . Le décubitus latéral, une cuisse bien remontée afin d'assurer la délordose, est une position intéressante par l'asymétrie (fig. 8). On pourra placer les deux gouttières afin de permettre une mobilité des hanches (adduction ou abduction des fémurs).

fig. 8 : position couchée asymétrique



- **Importance de l'étirement**

Il permet une respiration abdominale qui, seule, assure la détente et la vascularisation de l'utérus et du petit bassin. A l'expiration, l'utérus est plaqué contre la colonne, centré, ce qui améliore l'axe d'engagement et de descente. L'utérus est stimulé et les résultantes de pression sont bien dirigées, sans perte d'énergie.

1.5.2 Au cours de la descente :

C'est souvent là que les discordances mécaniques sont les plus évidentes, et les plus faciles à corriger. Il faut favoriser la progression fœtale vers le bas et l'arrière.

- **les obstacles :**

Deux positions sont à éviter: le décubitus dorsal et la position assise tassée. En effet, ces deux positions n'aident pas l'utérus à diriger le bébé, et bloquent le sacrum. Or il est important que la poussée du fœtus dans l'excavation fasse nuter le sacrum, ce qui agrandit les dimensions du détroit moyen, à la

fois dans le diamètre antéro-postérieur et le diamètre transverse, puisque les épines sciatiques vont s'écarter lors de la nutation.

- **Importance de la rotation des fémurs :**

Il est important de noter que la position des fémurs (ou du bassin) influence l'écartement des épines sciatiques :

- La rotation externe des fémurs (ou rétroversion active du bassin) rapproche les ischions et donc les épines
- La rotation interne des fémurs, (ou l'antéversion dynamique du bassin) écarte ischions et épines sciatiques.

- **Rôle néfaste de la position gynécologique :**

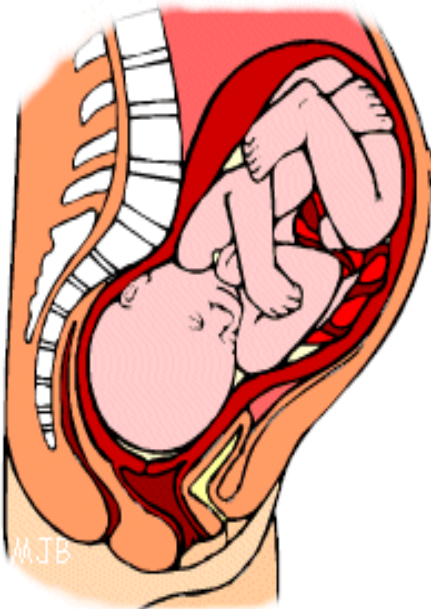
La position gynécologique, avec abduction rotation externe des fémurs est un obstacle à la descente d'un triple point de vue:

- la pesanteur n'est pas utilisée,
- le sacrum est bloqué
- les épines sont rapprochées or il est très rare d'attendre que les épines soient franchies pour mettre la femme dans cette position.

La descente pose donc souvent un problème, car elle paraît trop lente.

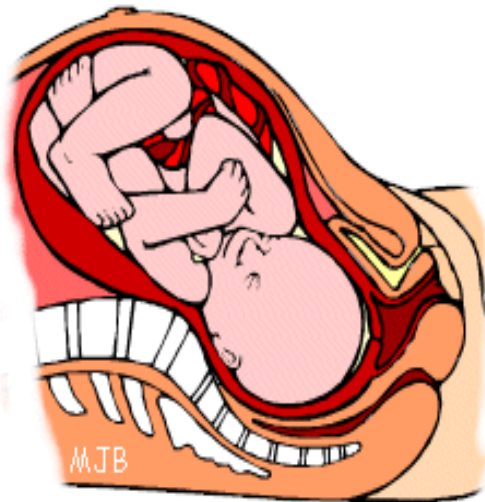
Figure 9 : Nutation du sacrum en position debout(**a**)

Sacrum bloqué en position couchée(**b**).



Labor, upright position

(a)



Labor, lying down

(b)

- le réflexe expulsif :

Plus les ischions sont rapprochés, moins le transverse périnéal est étiré, moins on aura de réflexe expulsif, car le périnée ne sera pas sollicité. La position la plus remarquable pour favoriser ce réflexe est la position accroupie, fémurs parallèles, et non en rotation externe (ce qui ferme le périnée postérieur). On connaît les dégâts sur le périnée, et en particulier sur le sphincter anal de ces poussées violentes et prolongées. En tout état de cause, l'étirement périnéal entraîne sa contraction par réflexe myotatique, ce qui augmente les résistances et conduit à une épisiotomie ou une déchirure.

La solution la plus simple, sur une table d'accouchement, est de laisser la femme assise penchée en avant le plus longtemps possible, puis de la positionner en décubitus latéral jusqu'au dégagement. Ceci correspond à la position dite "anglaise" qui permet une bonne mobilité du bassin jusqu'au dernier moment. Si la femme ne supporte pas la position assise penchée en avant, on peut la laisser en décubitus latéral, mais ne pas la laisser assise tassée.

- **Intérêt des positions asymétriques**

Lors de la descente, la rotation sera facilitée par la pression sur l'utérus (obliques, abdominaux, psoas), mais surtout par la différence de tension des releveurs droit et gauche dans les postures asymétriques. On peut noter à ce sujet l'intérêt du ballon qui induit une grande mobilité du bassin.

- **La poussée**

Idéalement elle est totalement réflexe, la femme n'ayant rien à apprendre, rien à gérer. " Ca pousse " avec une puissance inégalable. Au cours de la

poussée, le diaphragme est refoulé vers le haut, ce qui détend le périnée.
(Fig. 10)

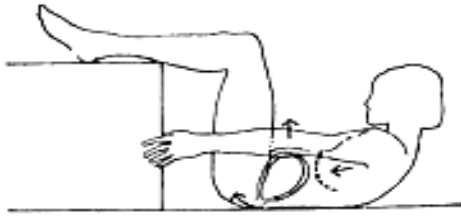
- **Intérêt des positions en suspension**

S'il est intéressant d'utiliser la pesanteur pour faire descendre le bébé, il est parfois trop violent de pousser dans une position verticale, en raison de la pression exercée sur le périnée. De plus, le maintien d'une position verticale, surtout avec appui (siège d'accouchement par exemple) favorise les œdèmes périnéaux et un étirement périnéal qui n'est pas compatible avec sa détente. C'est pourquoi l'iconographie ancienne montre que le dégagement se faisait presque toujours en position soit soutenue, soit suspendue, soit repoussée (les bras repoussant les cuisses ou des appuis), afin d'alléger le périnée, de permettre son ouverture vers l'intérieur et non vers l'extérieur.

En effet, dans la suspension, le diaphragme remonte, les abdominaux profonds se resserrent (les grands droits s'allongent), le périnée est libre et aspiré vers le haut.

Fig. 10 : respiration et poussée

Respiration et poussée



Poussée bloquée.

Flexion de la nuque, diaphragme bloqué en position inspiratoire.
Diastasis des grands droits.
Antéversion utérine, poussée du bébé vers le périnée postérieur.



Poussée sur l'expiration.

Hyperflexion des hanches.
Rétroversion du bassin et de l'utérus.
Serrage maximum des abdominaux profonds.
Remontée du diaphragme et détente périnéale.

1.5.3 Au cours du dégagement

Le dégagement pourrait en réalité se faire dans les positions de descente, puisque le coccyx est libre et que c'est le seul élément qui va bouger spécifiquement à cette étape. Pour des raisons psychologiques, les mères préfèrent souvent ramener le bébé vers elle à ce moment là et donc rétroverser le bassin. La rotation externe des fémurs va alors refermer le périnée postérieur et ramener l'enfant vers le périnée antérieur. On peut donc reprendre, au tout dernier moment la position gynécologique aménagée, cuisses hyper fléchies sur le ventre, bassin légèrement surélevé, pour ouvrir le périnée devant le bébé.

1.5.4. **Les présentations postérieures :**

La rotation sera bien évidemment plus difficile en décubitus dorsal. Ces présentations entraînent souvent des douleurs sacro-iliaques au cours du travail, et la recherche de positions antalgiques est très cohérente avec la mécanique : les femmes se positionnent naturellement à quatre pattes, ou dans des équivalents quatre pattes, afin de mettre le ventre dans le vide, ce qui permet à la pesanteur d'entraîner le dos du bébé vers l'avant.

Les postures de torsion, par exemple assise penchée en avant, accrochée au cou du père lui-même placé sur le côté, favorisent les rotations. Il y a, en effet, cohérence et continuité entre les muscles abdominaux obliques, les psoas et l'hémi vagin qui entraînent le bébé dans un toboggan tournant.

CHAPITRE II :

CADRE ET METHODE D'ETUDE

2-1 LE CADRE D'ETUDE :

Notre étude s'est déroulée à l'hôpital de la mère et de l'enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou au BENIN.

2-1-1 LA PRESENTATION DE LA REPUBLIQUE DU BENIN :

2-1-1-1 La situation géographique

Située en Afrique occidentale dans le Golfe de Guinée, la République du Bénin s'étend de l'Océan Atlantique au fleuve Niger sur une longueur de 700km et sur une largeur de 125km le long de la côte. Elle couvre une superficie de 114.763 km². Elle est limitée au nord par le Niger, au nord-ouest par le Burkina-Faso, à l'ouest par le Togo, à l'est par le Nigeria et au sud par l'Océan Atlantique.

2-1-1-2 La situation climatique

Le climat est sub équatorial au Sud et tropical au Nord. On distingue quatre (04) saisons subéquatoriales : une grande saison sèche, une petite saison sèche, une grande saison pluvieuse, une petite saison pluvieuse et deux (02) saisons tropicales : une saison sèche et une saison pluvieuse.

2-1-1-3 La situation administrative

L'administration du territoire repose sur une structure pyramidale organisée comme suit : douze (12) départements, soixante dix sept (77) communes dont trois (03) à statut particulier (Cotonou, Parakou et Porto-Novo), cinq cent soixante six (566) arrondissements comportant cinq mille (5000) villages et quartiers de villes. La capitale administrative est Porto-Novo et Cotonou, la capitale économique.

2-1-1-4 La situation démographique

Les données démographiques du Bénin au troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH3) en 2002 sont :

- Population générale : 6.769.914 habitants
- Répartition par zone d'habitation :
 - Population urbaine : 38,85%
 - Population rurale : 61,15%
- Ratio femme/homme : 1,05%
- Indicateurs de santé
 - Taux brut de natalité : 41,17‰
 - Taux brut de mortalité : 12,27‰
 - Taux de mortalité infanto-juvénile : 146,4‰
 - Taux de mortalité maternelle : 474,4‰
 - Taux d'accroissement naturel de la population : 3,25%
 - Espérance de vie à la naissance : 59,20 ans
 - Indice synthétique de fécondité : 5,53‰

L'analyse de la structure par âge et par sexe de cette population montre une pyramide à base élargie, caractéristique des populations jeunes à forte fécondité (près de la moitié de la population est âgée de 0 à 15 ans) et une dominance féminine avec un rapport de masculinité de 94%.

2-1-1-5 La situation économique

Le produit intérieur brut (PIB) par habitant est de 370 dollars U.S. Les activités économiques du secteur primaire occupent 80% de la population et contribuent pour 35% du produit intérieur brut. Le secteur secondaire représente 13% du PIB et le commerce y participe pour 52%. Le revenu moyen par équivalent adulte est de 190.950 francs CFA et les dépenses moyennes par équivalent adulte par an sont de 263.707 francs CFA avec

45% comme part réservée à l'alimentation et 55% en dépenses non alimentaires. Le Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) est de 27.300 francs CFA.

2-1-1-6 Le système sanitaire

Le système de santé du BENIN est de type pyramidal et comporte 3 niveaux qui sont :

- le niveau central ;
- le niveau intermédiaire ;
- et le niveau périphérique.

Il a été légèrement modifié le 03 août 1998 par la création d'un espace C.H.U (Centre Hospitalier Universitaire) comportant :

- le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM)
- le Centre National Hospitalier de Pneumo-phtisiologie (CNHPP);
- le Centre de Neuropsychiatrie de Jacquot (CNJ);
- l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL)

2-1-2 LA PRESENTATION DE L'HOMEL

L'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) est un établissement de référence de soins préventifs, curatifs, promotionnels et réadaptatifs dans le domaine de la gynécologie, de l'obstétrique, de la néonatalogie, de la pédiatrie générale et de la chirurgie pédiatrique.

C'est un établissement public à caractère social, doté d'une personnalité juridique et d'une semi autonomie financière.

En août 2002, un audit diagnostic a abouti à l'élaboration du plan de mise en œuvre d'une **démarche qualité** en vue de donner satisfaction à l'attente de ses clients et améliorer son image de marque.

2-1-2-1 La situation géographique

L'HOMEL est situé au bord de la lagune de Cotonou, voie d'eau reliant le lac Nokoué à l'Océan Atlantique.

2-1-2-2 L'historique

L'HOMEL a été créé à la veille de l'indépendance nationale, le 17 mars 1958 et ouvert au public en 1961. Il est resté la seule maternité de référence jusqu'en 1978, année de création de la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO). Il fait partie de l'espace hospitalier universitaire depuis le 03 août 1998. A ce titre, il constitue un cadre de formation du personnel de santé, de protection sociale et de recherche en matière de santé.

Anciennement appelée **Maternité Lagune de Cotonou**, par décret n° 2002-423 du 07 octobre 2002, le centre est devenu **Hôpital de la mère et de l'Enfant Lagune** à la suite de sa fusion au Centre de Santé Maternelle et Infantile de Cotonou, une formation sanitaire située de façon contiguë sur un même espace géographique. Il est actuellement le 1^{er} centre de référence en matière de soins gynécologiques et obstétricaux au plan national.

En effet, l'HOMEL enregistre 30% de l'activité obstétricale de la ville de Cotonou. Il reçoit également des patientes d'autres départements du pays et même d'autres pays de la sous région.

Pour faire face à une demande sans cesse croissante, de nombreux efforts sont fournis afin d'augmenter la capacité hospitalière qui est d'environ 300 lits et berceaux pour les trois grands secteurs d'activités et de fournir un personnel de plus en plus compétent et suffisant. De plus, l'hôpital est engagé dans un projet de mise en œuvre d'une démarche qualité en vue

de sa certification suivant la norme ISO 9001 version 2000 visant avant tout, la satisfaction de ses clients et l'amélioration de son image de marque. Cette certification a été effective en 2006.

2-1-2-3 La description de l'HOMEL

2-1-2-3-1 Les infrastructures

L'HOMEL comprend cinq (05) grands secteurs d'activité :

- le secteur de la mère avec :
 - Le bloc technique ;
 - Le secteur des consultations et des explorations fonctionnelles ;
 - Le bloc d'hospitalisation.
- Le secteur de l'enfant avec :
 - La néonatalogie
 - La pédiatrie générale
 - La chirurgie pédiatrique
- Le secteur médico-technique avec :
 - Le laboratoire ;
 - L'imagerie médicale (radiographie, échographie) ;
 - La pharmacie ;
 - Le service social (suivi nutritionnel et protection sociale)
- le secteur administratif, économique et financier comprenant :
 - Le service des Affaires Administratives et Economiques
 - Le service des Affaires Financières.
- le secteur de soutien.

➤ **Le secteur de la mère :**

 **Le bloc technique :**

Il comprend :

- la salle de réception des urgences dotée de deux tables d'examens et d'un bureau ;
- la salle d'hospitalisation de jour comportant trois (03) lits ;
- la salle de dilatation comportant neuf (09) lits dont un (01) réservé pour l'échographie en salle ;
- la salle d'accouchement classique à cinq (5) boxes ;
- la salle d'accouchement en position libre comprenant : cinq (5) matelas plastifiés, trois (3) cordes suspendues, deux (2) échelles, un (1) tabouret d'accouchement, un alèze, une douche interne avec sanitaire, un climatiseur.
- un bloc opératoire disposant de trois (03) salles d'opération aseptiques ;
- les salles de réanimation comportant seize (16) lits ;
- l'unité de soins intensifs comportant dix-huit (18) lits.

 **Le secteur des consultations et explorations fonctionnelles**

Il regroupe autour d'une salle d'attente commune: la salle de consultations gynécologiques ; la salle de consultations prénatales ; la salle de planning familial ; la salle de consultations post-natales ; la salle de dépistage du cancer du col utérin par inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol (IVA-IVL) ; la salle de colposcopie. Les explorations d'échographies gynécologiques.

Le bloc d'hospitalisation

Il comprend (150) lits répartis comme suit :

-l'hospitalisation de 1^{ère} catégorie : ce sont les chambres spéciales ou salles d'hospitalisation individuelle climatisées faisant quarante-quatre (44) lits au total ;

-l'hospitalisation de 2^{ème} catégorie : elle compte trente-trois (33) lits ;

-l'hospitalisation de 3^{ème} catégorie : c'est le rez-de-chaussée. Sa capacité est de soixante-treize (73) lits.

➤ **Le secteur de l'enfant**

La néonatalogie

C'est l'unité d'hospitalisation des nouveau-nés âgés de zéro (0) à vingt-huit (28) jours. Elle comprend un ensemble de six pièces dont trois sont réservées à l'hospitalisation des nouveau-nés. Sa capacité est de cinquante-deux berceaux (52) cinq (5) lits et cinq couveuses.

La pédiatrie générale

Elle prend en charge les affections médicales des enfants âgés de un (1) mois à quinze (15) ans. Sa capacité est de vingt-huit (28) lits d'hospitalisation.

La chirurgie pédiatrique

Ouverte récemment, elle s'occupe des interventions chirurgicales au profit des enfants âgés de zéro (0) à quinze (15) ans. Sa capacité est de douze (12) lits d'hospitalisation.

➤ **Le secteur médico-technique**

Il comprend : le laboratoire d'analyses biomédicales ; la banque de sang départementale ; la salle de radiologie ; deux salles d'échographie avec un secrétariat médical ; la pharmacie avec un poste de cession des médicaments et un magasin de stockage. Le service social pour les questions sociales de l'hôpital.

➤ **Les secteurs administratifs économiques et financiers :**

✚ **Le service des affaires administratives et économiques :**

Il coordonne les activités de dix (10) sections.

✚ **Le service des affaires financières**

Il a sous sa gestion six (06) sections.

➤ **Le service de soutien**

Il regroupe les unités suivantes : la buanderie ; la lingerie ; la cuisine ; les magasins (de vivres, de fournitures de bureau et divers articles) ; le service de maintenance.

2-1-2-3-2 Les ressources matérielles

L'HOMEL possède :

Deux ambulances fonctionnelles équipées de matériel de réanimation ; un générateur fonctionnel d'une puissance de 40kva. Deux véhicules de liaison. Trois échographes avec des sondes de fréquences de 3,5 ; 5 ; 6,5 méga Hertz ; Deux colonnes de cœlioscopies ; Un hystéroscope ; Un colposcope.

2-1-2-3-3 Les ressources humaines

Le personnel de l'HOMEL se répartit comme suit :

TABLEAU I : Répartition du personnel de HOMEL

CORPS	PROFIL	APE	ACE	AMS	ACBA	AGENT EXTERIEUR	TOTAL
M	Pr. Titulaire Gynéco-	1	0	0	0	0	1
E	Maîtres Assistants	2	0	0	0	0	2
D	Pr. Agrégé Gynéco-obst.	1	0	0	0	0	1
I	Pr. Assistant anesth-réa	1	0	0	0	0	1
C	Pr. Assistant chir.	1	0	0	0	0	1
A	Médecins Gynéco-obst.	4	0	0	1	12	17
L	Médecins radiologues	0	0	0	0	2	2
	Médecins Pédiatres	3	0	0	1	0	4
	Médecins généralistes	1	0	0	0	0	1
	Pharmacien	1	0	0	0	0	1
P	Sages-femmes d'Etat	25	0	0	38	0	63
A	Infirmiers d'état	13	0	1	50	0	64
R	Infirmiers de santé	10	2	0	15	0	27
A	Instrumentistes	0	0	0	6	0	6
M	Techn supérieurs de	1	0	0	1	0	2
E	Techniciens laboratoire	2	0	1	9	0	12
D	Techn > de radiologie	4	0	0	0	0	4
I	Techn > d'action sociale	1	0	0	1	0	2
C	Contrôleur d'act sociale	0	0	1	1	0	2
A	Animatrices sociales	1	4	0	0	0	5
L	Ingénieurs des travaux	1	0	0	2	0	3
	Techn sup. anest-réa.	7	0	0	6	1	14
	Agents d'hygiène	1	1	0	0	0	2
	Aides soignants	7	0	0	79	0	86
A	Admin des services de	1	0	0	0	0	1
D	Administrateur	1	0	0	0	0	1
M	Préposés des services	0	0	0	22	0	22
I	Contrôleurs des services	1	0	1	4	0	6
N	Attaché service financier	1	0	0	0	0	1
I	Assistants service	3	1	0	0	0	4
S	Techn > en secrétariat	0	0	0	1	0	1
T	Techn > en ress. hum.	0	0	1	0	0	1
R	Techn > en statistique	1	0	0	0	0	1
A	Secrét servs adminfs	1	0	1	4	0	6
T	Secrét adjoints services	2	0	0	27	0	29
I	Techn > en marketing	0	0	0	1	0	1
O	Conduct desvéhic adm.	0	0	0	6	0	6
N							
S	Techn > en maintenance	0	0	0	1	0	1
O	Employés de cuisine	0	0	0	12	0	12
U	Electricien	0	0	0	1	0	1
T							
I	Blanchisseurs	0	0	0	5	0	5
E	Jardinier	0	0	0	2	0	2
N	Agents d'entretien des	1	0	0	16	0	17
	TOTAL	104	8	7	312	17	448

Source : Division Gestion Administrative et du Personnel (DGAP) HOMEL-COTONOU Mars 2008

APE : agent permanent de l'état

ACE : Agent Contractuel de l'Etat

AMS : Agent sur Mesure Sociale

ACBA : Agent Contractuel sur Budget Autonome

2-1-2-4 Les activités de l'HOMEL

Ce sont :

Les prestations de soins, à travers :

Les consultations ; les accouchements ; les interventions chirurgicales gynécologiques, obstétricales et pédiatriques ; la délivrance et le suivi des vaccinations ; le planning familial ; les conseils nutritionnels pour l'élevage des enfants ; les activités de contre-référence et de supervision.

Les activités de formation:

Elles concernent la dispensation de cours théoriques et l'encadrement de médecins en spécialisation de gynéco-obstétrique, des étudiants en médecine générale, des élèves sages-femmes et des élèves infirmiers.

Les activités de recherche:

Ces activités ont trait aux travaux de recherche faisant l'objet de thèses de doctorat d'état en médecine, de mémoires de fin de formation et autres publications médicales par les médecins.

2-1-2-5 Le cadre proprement dit:

L'étude s'est déroulée dans les deux salles d'accouchement de l'HOMEL dont une nouvelle aménagée à cet effet.

- une salle d'accouchement classique :

Il s'agit d'un local assez spacieux climatisé composé entre autres de :

- 5 boxes contenant chacun une table d'accouchement ;
- Une table chauffante pour examiner les nouveau-nés ;

nouveau- nés

- un matériel complet de réanimation et de soins aux
- du matériel de pratique obstétricale
- des médicaments de la trousse d'urgence
- des consommables.

➤ une 2^{ème} salle d'accouchement en position libre climatisée ayant été aménagée pour l'occasion et constituée de :

- un tabouret d'accouchement d'une hauteur d'environ 40 cm
- deux échelles en bois fixés contre le mur
- trois cordes suspendues
- des matelas plastifiés posés sur une alèze au sol
- une douche interne

Les parturientes ont ici la possibilité d'avoir la compagnie ou le soutien d'un ou d'une parente proche.

2-2 METHODOLOGIE:

2-2-1 TYPE ET DUREE :

Nous avons effectué une étude prospective transversale à visée descriptive et comparative qui s'est déroulée du 15 mai au 15 novembre 2008 soit une durée de six mois.

2-2-2 POPULATION D'ETUDE :

L'étude a porté sur les parturientes reçues à l'HOMEL, dont la grossesse était à terme (au moins 37 SA). Il s'agissait de femmes déjà suivies dans le service ou non.

2-2-2-1 CRITERES D'INCLUSION :

Nous avons comparé deux groupes de femmes : le premier groupe constituait les cas et le second les témoins.

- Pour les cas :

Ont été incluses dans l'étude toutes les femmes ayant accouché en position libre à HOMEL durant la période d'étude.

Les critères de sélection des femmes pour l'accouchement en position libre étaient :

- avoir fait suivre sa grossesse à l'HOMEL, avoir fait au minimum quatre CPN.

- avoir eu une grossesse considérée comme normale, sans facteurs de risque particulier.

- avoir été sensibilisée lors des CPN et donné son consentement.

- avoir fait une ou deux séances de kinésithérapie de préparation à partir de sept mois.

- Pour les témoins :

Les femmes ayant accouché en position allongée à l'HOMEL durant la période d'étude et dont la grossesse était considérée comme normale, sans facteur de risque particulier.

2-2-2-2 CRITERES DE NON INCLUSION :

N'ont pas été incluses dans l'étude les femmes ayant eu un facteur de risque quelconque (utérus cicatriciel, HTA, syndromes vasculo-rénaux,

disproportion foeto-pelvienne...) celles ayant présenté une anomalie au cours de l'accouchement et les gestantes handicapées physiques ne pouvant changer librement de position.

2-2-3 ECHANTILLONNAGE :

2-2-3-1 TYPE D'ECHANTILLONNAGE :

Nous avons procédé à un recensement exhaustif des cas suivant les critères d'inclusion. Concernant les témoins l'échantillonnage était de type aléatoire.

2-2-3-2 TAILLE DE L'ECHANTILLON :

A chaque cas d'accouchement en position libre a été apparié un cas d'accouchement en position allongée. Le principal critère d'appariement des femmes des deux groupes de notre étude était la parité. Ainsi avons-nous pu constituer un sous-groupe de 22 nullipares, un de 11 primipares, un de 4 paucipares et enfin un de 6 multipares afin de permettre une répartition très homogène des deux groupes à étudier et d'obtenir des résultats fiables.

Quatre-vingt et une (81) femmes remplissant les critères sus-énumérés ont été consentantes. Nous avons par la suite, pour une meilleure interprétation de nos variables, éliminé les dossiers des gestantes recensées mais arrivées à l'hôpital à dilatation complète ou $>3\text{cm}$, soit 12 cas ; ainsi que celles ayant eu une quelconque difficulté au cours du travail d'accouchement (accouchement dirigé ou césarienne), soit 26 cas. Ceci nous ramène à un échantillon de 43 cas et 43 témoins.

2-2-4 VARIABLES ETUDIEES:

2-2-4-1 VARIABLE DEPENDANTE :

Positions adoptées au cours de l'accouchement.

2-2-4-2 VARIABLES INDEPENDANTES :

Les variables étudiées ont été :

- Les variables descriptives et sociodémographiques à savoir:
 - L'âge ;
 - La profession ;
 - L'ethnie ;
 - Le niveau d'instruction ;
 - La situation matrimoniale ;

-Les antécédents gynécologiques et obstétricaux : gestité, parité.

- Les variables en rapport avec le déroulement de l'accouchement :

-Données quantitatives :

- durée de la phase active du travail exprimée en heures et en minutes depuis le constat de 3 cm de dilatation jusqu'à dilatation complète
- durée de l'expulsion, exprimée en minutes depuis le 1^{er} effort expulsif jusqu'à la naissance de l'enfant,
- bilan d'Apgar à 1 et 5 min de vie.

-Données qualitatives

- le mode d'accouchement (spontané, forceps),
- l'état périnéal (intact, déchirure, incision), vaginal et cervical
- l'hémorragie de la délivrance (présence ou absence)
- la perception par la femme de son accouchement.
- La perception de l'accouchement par les prestataires.

2-2-5 COLLECTE DES DONNEES :

2-2-5-1 EQUIPE DE COLLECTE :

Les sages-femmes et médecins du bloc obstétrical et nous-même.

2-2-5-2 OUTIL DE COLLECTE :

Nous avons utilisé un questionnaire écrit structuré, clair, pré-testé et le dossier d'accouchement des femmes.

2-2-5-3 TECHNIQUE DE COLLECTE :

Les femmes ont été interrogées directement pour les questions les concernant. Nous nous sommes référée aux dossiers pour les autres informations.

2-2-5-4 DEROULEMENT DE L'ENQUETE :

Avant le début de l'enquête, une démarche a été menée à l'endroit du directeur administratif de l'HOMEL, pour l'aménagement d'une salle équipée pour l'accouchement en position libre.

Tout au long du travail d'accouchement ou au cours de l'expulsion, la parturiente adopte la position de son choix, se déplace boit a volonté.

Les parturientes se soutiennent les unes les autres en l'absence de membre de leur famille.

Description des positions comparées :

- La position debout : la femme se tenait debout, seule en déambulant ou en prenant appui sur un mur, contre une échelle ou s'agrippant à une corde.
- La position assise : la femme s'asseyait sur le tabouret d'accouchement écartant au maximum ses cuisses pour laisser un plus grand espace de dégagement à l'opérateur qui se plaçait accroupi devant elle.
- La position accroupie : la femme était en appui sur ses pieds sans appui sacré tout en se hissant un peu pour laisser une place à

- l'opérateur, se maintenant par les mains à l'aide d'une échelle ;
l'opérateur se plaçait accroupi derrière elle.
- Le décubitus latéral : la femme se couchait sur un côté écartant les cuisses l'opérateur étant accroupi devant elle.
 - La position classique : la femme était en décubitus dorsal, les jambes étant soit pliées avec les pieds à plat sur la surface de la table, soit plus généralement placés dans les étriers.

La délivrance quant à elle s'est faite en position allongée (décubitus dorsal) même pour les cas d'accouchement libre et avec la GATPA, ainsi que les épisiotomies et épisiorraphies.

Les femmes ayant accouché en position libre n'ont reçu une perfusion ni d'oxytocine ni d'antispasmodiques.

Après l'accouchement, les femmes multipares ayant effectué un accouchement libre ont été interviewées à propos des informations utiles à notre enquête que nous transcrivions sur les fiches d'enquête manuellement. Leurs dossiers respectifs ont également été exploités.

À la fin de l'enquête, un questionnaire a été distribué aux prestataires de l'accouchement en position libre afin de recueillir leurs avis et suggestions.

2-2-6 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES :

Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés à l'aide du logiciel Epi-info version 6.04d Fr. La saisie informatique des données à l'aide du logiciel Word 2003. Le logiciel Excel 2003 a servi à la réalisation des graphiques.

Plusieurs étapes ont été suivies :

- La codification des variables retenues.

- La réalisation du masque de saisie.
- La saisie informatique des données.
- Le contrôle de la saisie.
- La correction des erreurs.
- L'analyse statistique.

La comparaison des moyennes a été faite pas le test de Student. Les différences constatées ont été testées en utilisant le test de Chi-2 de Pearson (X2) en vue d'apprécier leur signification statistique. Le seuil de confiance utilisé dans l'acceptation ou le rejet des hypothèses est de 95%, soit une marge d'erreur de 5%.

Pour les valeurs de Chi-2, on détermine la probabilité P :

- Si $P > 0,05$, on parle d'interdépendance entre les deux facteurs.
- Si $P < 0,05$, mais $> 0,01$ on parle de dépendance significative.
- Si $P < 0,01$, on parle de dépendance hautement significative.

2-2-7 CONTRAINTES ET DIFFICULTES :

La nature prospective de notre étude nous a permis de collecter nous-même les données et donc d'avoir toutes les informations voulues.

Cependant diverses difficultés rencontrées au cours de l'étude méritent d'être relevées :

- Le retard de l'aménagement de la salle d'accouchement en position libre.
- Le refus de certaines patientes qui avaient du mal à concevoir qu'on puisse accoucher dans une position autre que la position classique.
- La réticence d'autres patientes qui avaient souhaité la prise de la direction du travail par une perfusion d'oxytocine.

- La réticence du personnel du bloc obstétrical, surtout des sages-femmes qui trouvaient l'expérience trop contraignante parce qu'il fallait s'accroupir ou se courber, en fonction de la position adoptée par la parturiente.
- Le devenir des grossesses sélectionnées étant imprévisible, certaines arrivées à terme ont nécessité des soins plus spécifiques ce qui a considérablement réduit la taille de l'échantillon.
- Enfin les mouvements de grève observés par le personnel de l'HOMEL durant notre période d'étude ont davantage restreint le nombre de cas d'accouchement en position libre.

2-2-8 CONSIDERATIONS D'ORDRE ETHIQUE :

- les autorités de l'HOMEL ont été informées de l'importance et de l'utilité de cette contribution à la démarche qualité à l'HOMEL.
- l'anonymat des parturientes a été préservé.
- nous avons obtenu un consentement libre et éclairé des parturientes.

CHAPITRE III : RESULTATS

3.1 ETUDE DESCRIPTIVE :

Notre étude a porté sur 43 cas et 43 témoins.

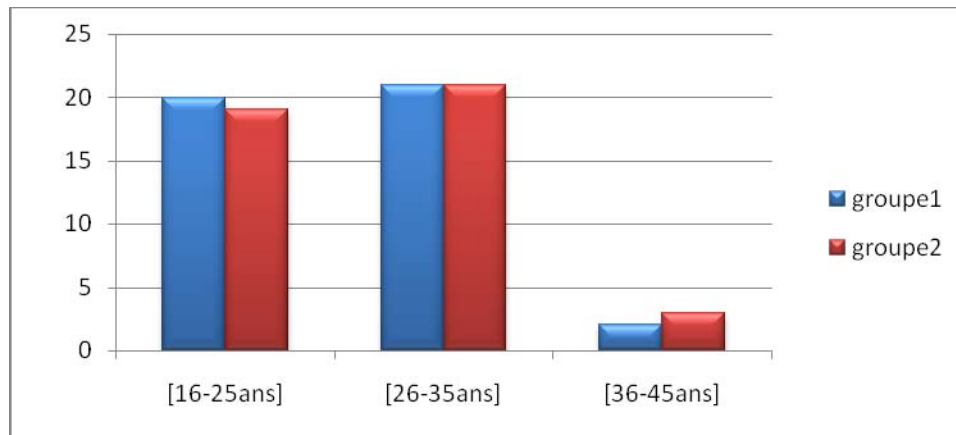
3-1-1 Fréquence :

Durant la période d'étude nous avons recensé un total de 55 accouchements en position libre sur 1529 accouchements dont 601 par voie basse. Soit une proportion de 3,6% par rapport au nombre total d'accouchement et 9,15% par rapport au nombre d'accouchement par voie basse.

3-1-2 Caractéristiques épidémiologiques des parturientes :

3-1-2-1 Age :

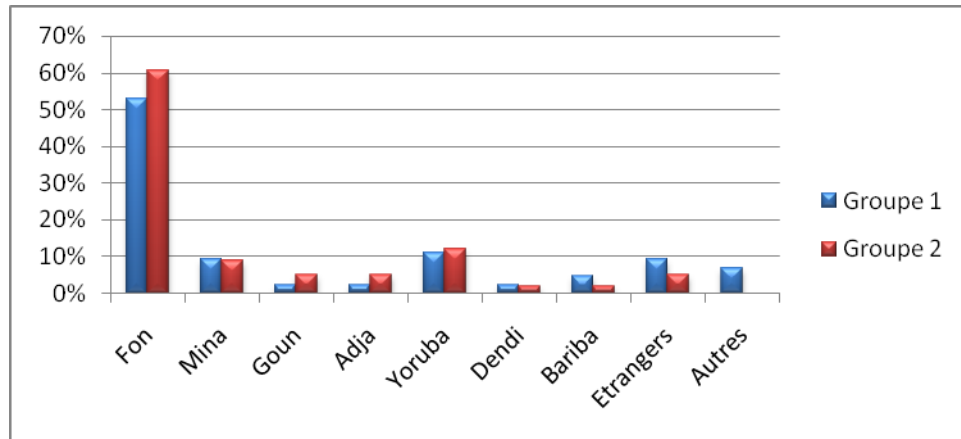
Graphique 2 : répartition des parturientes selon l'âge dans les deux groupes



L'âge des parturientes variait de 18 à 39 ans dans le premier groupe avec une moyenne de 26,44 ans et un écart type de 4,86 ans. Dans le deuxième groupe elle variait de 17 à 40 ans avec une moyenne de 26,67 ans et un écart type de 6,1 ans. Dans les deux groupes la population restait homogène et les patientes les plus nombreuses étaient celles de la tranche d'âge de 26 à 35 ans (48,84% dans les deux groupes) suivies de très près par la tranche d'âge de 16 à 25 ans (46,51% et 44,19% respectivement).

3-1-2-2 Ethnie :

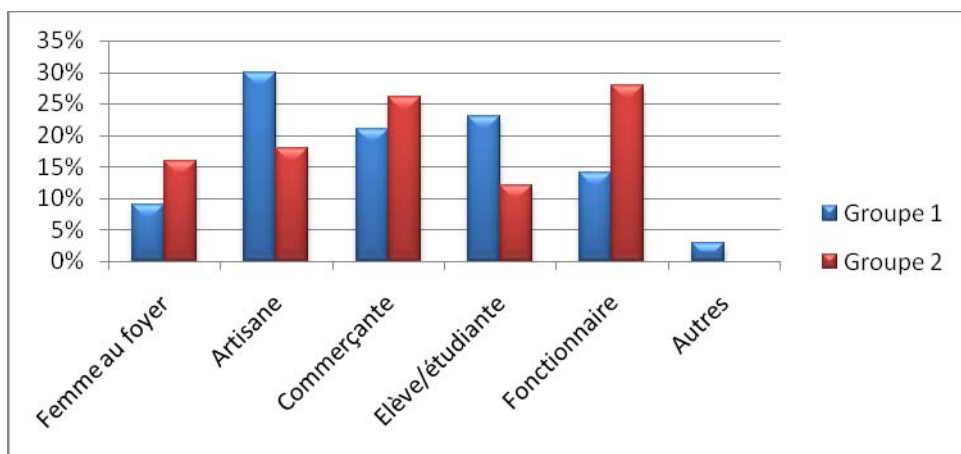
Graphique 2 : répartition des parturientes selon l'ethnie dans les deux groupes



L'ethnie fon (ethnie majoritaire du sud du BENIN) était la plus représentée dans les deux groupes avec des proportions respectives de 54% et 61%, suivie des yoruba avec des proportions respectives de 11 et 12%. On retrouvait aussi des patientes d'autres nationalités dans des proportions respectives de 9 et 5%.

3-1-2-3 Profession :

Graphique3: répartition des parturientes selon leur profession dans les deux groupes

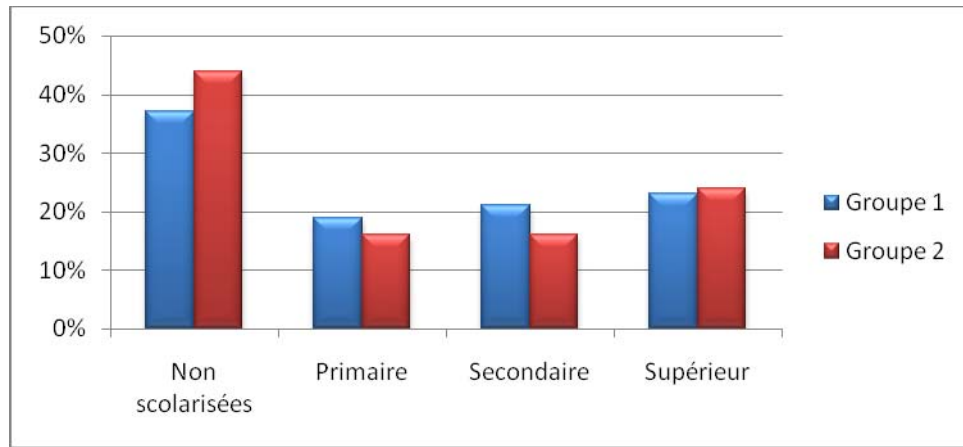


Dans le groupe 1 les artisanes étaient les plus représentées avec une fréquence de 30%, suivies du groupe des élèves et étudiantes (23%) et des

commerçantes (21%). Dans le groupe 2 on retrouvait plutôt une majorité de fonctionnaires dans une proportion de 28% puis 26% de commerçantes 18% d'artisanes.

3-1-2-4 Niveau d'instruction :

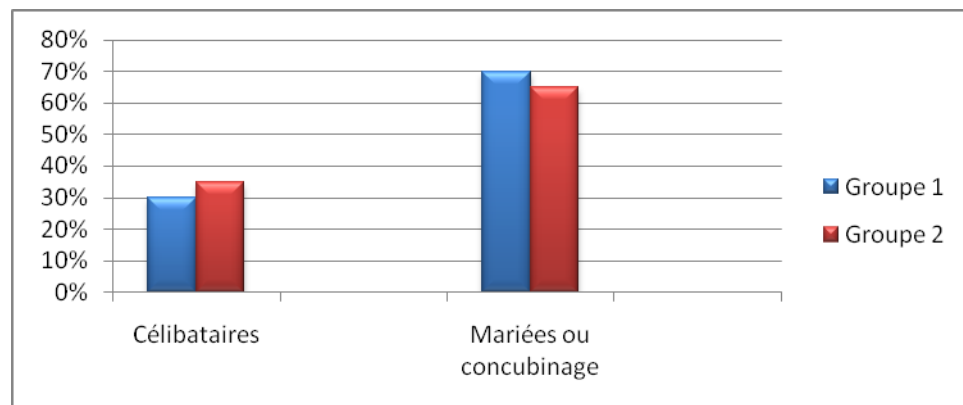
Graphique4 : répartition des parturientes selon leur niveau d'instruction dans les deux groupes



On retrouvait une majorité de non scolarisées dans les deux groupes avec des taux respectifs de 37 et 44%. Elles étaient suivies des femmes ayant fait des longues études dans des proportions très proches, 23 et 24% respectivement.

3-1-2-5 Statut matrimonial :

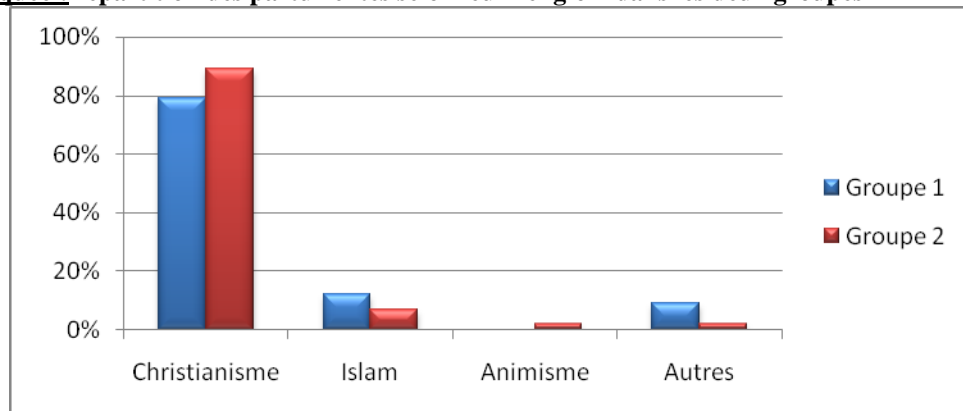
Graphique5 : répartition des parturientes selon leur statut matrimonial dans les deux groupes



Les femmes mariées ou vivant avec leur conjoints étaient majoritaires dans les deux groupes avec des proportions respectives de 70 et 65%.

3-1-2-6 Confession religieuse :

Graphique6 : répartition des parturientes selon leur religion dans les deux groupes

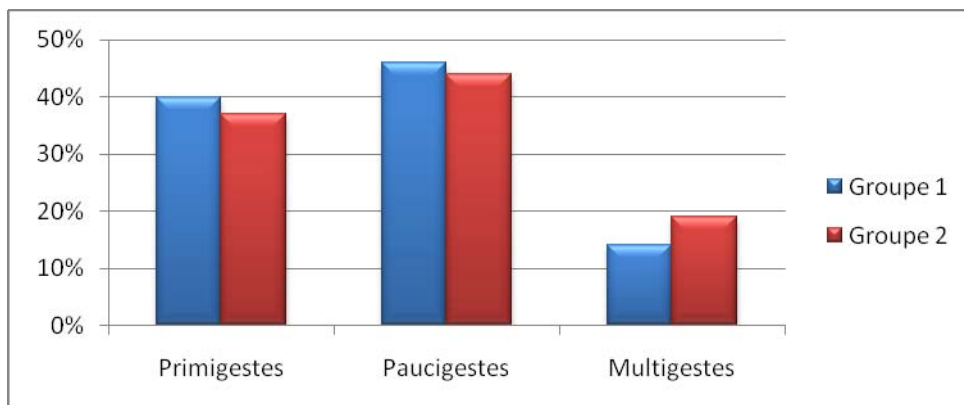


On retrouvait une forte majorité de chrétiennes dans les deux groupes avec des taux respectifs de 79 et 88%. Venaient ensuite les musulmanes avec des fréquences de 11 et 7%.

3-1-2-7 Antécédants obstétricaux :

3-1-2-7-1 Gestité :

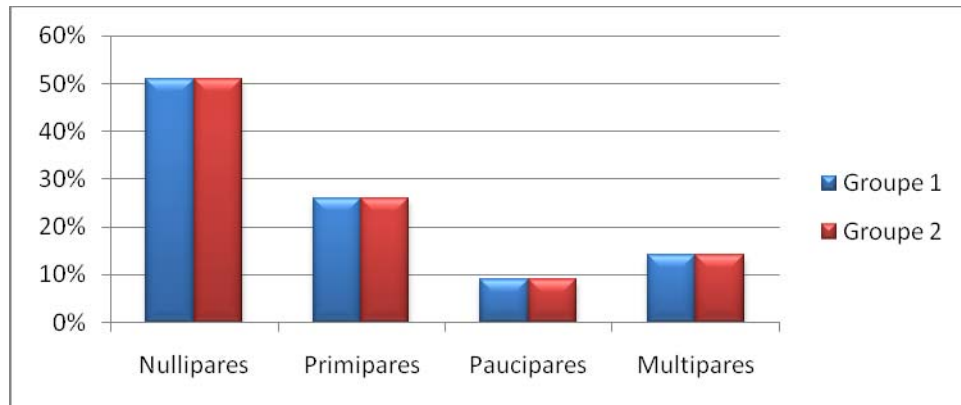
Graphique7 : répartition des parturientes selon la gestité dans les deux groupes



Nos populations d'étude étaient majoritairement paucigestes, à 46 et 44%. Venaient ensuite les primigestes : 40 et 37% respectivement.

3-1-2-7-2 Parité :

Graphique8 : répartition des parturientes selon la parité dans les deux groupes

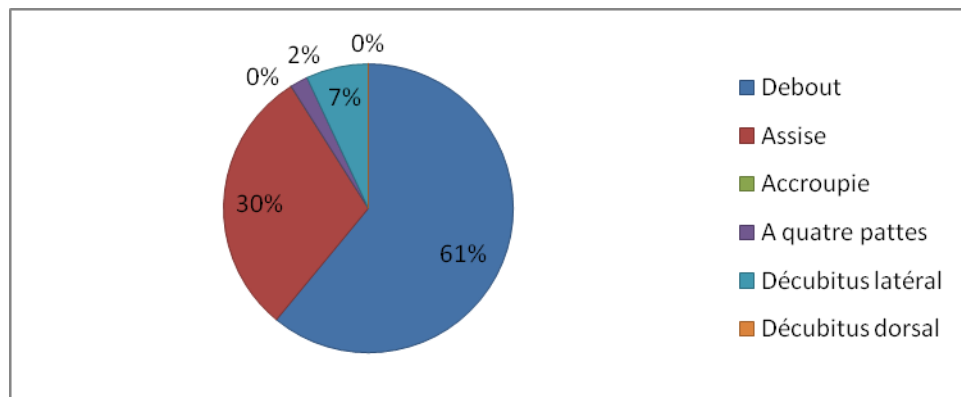


Nous avons remarqué un pourcentage élevé de nullipares dans nos populations d'étude (51%) suivies de 26% de primipares, 14% de multipares et enfin 9% de paucipares.

3-1-3 Caractéristiques des accouchements dans le groupe 1 :

3-1-3-1 Fréquence des positions libres adoptées par les femmes à la phase active du travail d'accouchement :

Graphique9 : fréquence des positions libres adoptées par les femmes au cours de la phase active du travail d'accouchement.



Nous avons remarqué que la position la plus spontanément adoptée par les clientes était la position debout, retrouvée dans une proportion de 61%.

L'autre position qui leur paraissait aussi confortable était la position assise avec une fréquence de 30%. Le décubitus latéral a été observé par 7% des femmes et la position à quatre pattes par 2%. Nous notons que la position accroupie et le décubitus dorsal n'ont pas été utilisés à cette phase du travail d'accouchement.

Il est à signaler que la patiente pouvait adopter plusieurs positions à la fois et le cas échéant nous retenons la position de plus longue durée.

3-1-3-2 Durée de la phase active du travail en fonction de la position libre adoptée :

TABLEAU II :Durée de la phase active du travail en fonction de la position libre adoptée.

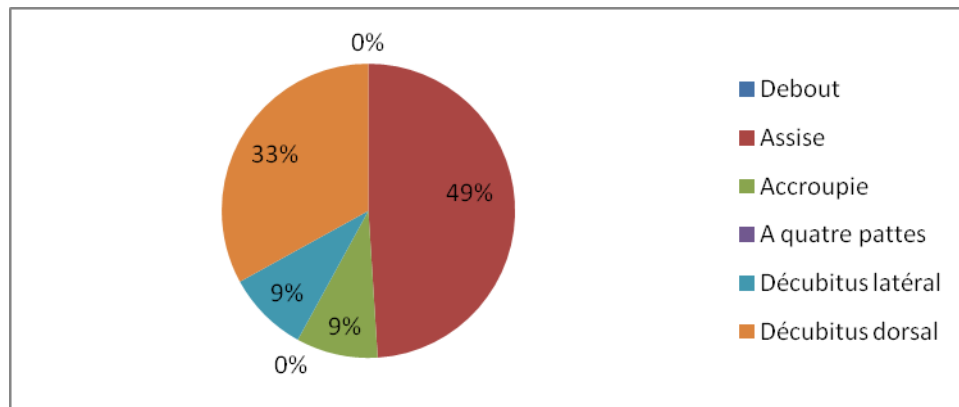
Durée						
Position adoptée	< 1H	1-2H	2-3H	3-4H	> 4H	Total
Debout	2	10	4	6	4	26
Assise	2	3	3	3	2	13
Quatre pattes	0	0	0	1	0	1
Décubitus latéral	0	2	0	0	1	3
Total	4	15	7	10	7	43

La durée de la phase active variait entre 1H et 2H chez 15 femmes soit 34,88%, dont 10 avaient adopté la position debout. Elle était inférieure à 1H chez 4 patientes ayant adopté la position debout ou assise.

Il existe un lien significatif entre la durée de la phase active du travail et la (les) position(s) adoptées (p= 0.0000001).

3-1-3-3 Fréquence des positions libres au cours de l'expulsion :

Graphique10 : fréquence des positions libres adoptées par les femmes au cours de l'expulsion



La position la plus adoptée au cours de l'expulsion était la position assise (49%), suivie du décubitus dorsal (33%) puis de la position accroupie et du décubitus latéral dans une même proportion (9%). Ici nous ne retrouvons pas les positions debout et à quatre pattes.

3-1-3-4 Durée de la phase expulsive en fonction de la position d'expulsion :

TABLEAU III : durée de la phase expulsive en fonction de la position libre adoptée.

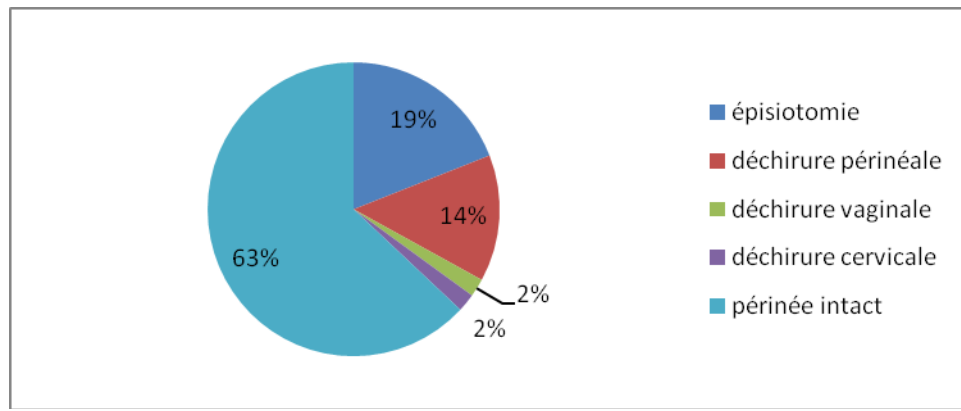
Durée			
Position adoptée	< 15 min	15-30 min	Total
assise	19	2	21
accroupie	4	0	4
décubitus latéral	4	0	4
décubitus dorsal	12	2	14
Total	39	4	43

La durée de la phase expulsive dans le groupe 1 restait dans plus de 90% des cas inférieure à 15 min. Dans environ 10% des cas elle variait de 15 à 30 min sans jamais atteindre 45 min.

On remarque que la position accroupie et le décubitus latéral offraient dans 100% des cas une expulsion rapide inférieure à 15min, suivies de la position assise (90%). Le décubitus latéral venait en dernière position avec une expulsion rapide dans 85% des cas. Il n'existe pas un lien significatif entre la position adoptée et la durée d'expulsion ($p= 0.74$).

3-1-3-5 Fréquence des traumatismes obstétricaux dans le groupe 1 :

Graphique11: Fréquence des traumatismes obstétricaux dans le groupe 1



Au cours de notre étude nous avons recensé 37% de traumatismes en per partum dont une déchirure cervicale et une vaginale.

3-1-3-6 Fréquence des traumatismes en fonction des positions libres adoptées:

TABLEAU IV : Fréquence des traumatismes en fonction des positions libres adoptées.

Trauma obst.	épisiotomie	déch. périn.	déch. vagin.	déch. cerv.	périn. intact	Total
positions libres						
assise	6	3	0	1	11	21
accroupie	0	1	1	0	2	4
décubitus latéral	0	0	0	0	4	4
décubitus dorsal	2	2	0	0	10	14
Total	8	6	1	1	27	43

Ce tableau montre un périnée intact dans 62,79% des cas et un traumatisme dans 37,21% des cas. Ces derniers étaient surtout survenus en position assise (62.5%) mais aussi en décubitus dorsal (25%) et en position accroupie (12.5%). Aucun traumatisme n'était enregistré en décubitus latéral. Cependant il n'existe pas un lien entre la fréquence d'épisiotomie ($p=0.336$), de déchirure périnéale ($p=0.7871$), de déchirure cervicale ou vaginale ($p=0.79$) et la position adoptée.

3-1-3-7 Fréquence des traumatismes en fonction des périmètres crâniens des nouveau-nés :

TABLEAU V : Fréquence des traumatismes en fonction des périmètres crâniens des nouveau-nés

PC	30-34cm	35-39cm	Total
traumatismes			
épisiotomie	6	2	8
déch. Périnéale	4	2	6
déch. Vaginale	0	1	1
déch. Cervicale	0	1	1
périnée intacte	24	3	27
Total	34	9	43

Les périmètres crâniens variaient de 30 à 36cm. Ce tableau nous montre que les traumatismes étaient survenus aussi bien avec des périmètres crâniens normaux que ceux élevés. Les déchirures n'étaient donc pas liées aux périmètres crâniens ($p=0.51$).

3-1-3-8 Fréquence des hémorragies de la délivrance dans le groupe 1 :

TABLEAU VI : Fréquence des hémorragies de la délivrance dans le groupe 1

Pertes de sang	Effectif	%
≤500 cc	41	95.3
> 500cc	2	4.7
Total	43	100

Deux cas d'hémorragies du post-partum avaient été rencontrés et elles étaient toutes survenues en position assise, un après la déchirure cervicale et un après une déchirure périnéale.

3-1-4 Caractéristique des nouveau-nés à la naissance dans le groupe 1 :

3-1-4-1 TABLEAU VII : score d'Apgar des nouveau-nés à M1 et M5

APGAR	Effectif à M1	%	Effectif à M5	%
[3 - 7 [	1	2.3	0	0
[7-10 [	24	55.8	4	9.3
10	18	41.9	39	90.7
Total	43	100	43	100

Un seul bébé a eu un score d'Apgar inférieur à 7 à la première minute de vie. Le reste soit 97.67% avait un score favorable. 100% des nouveau-nés avaient un score satisfaisant à la 5^{ème} minute de vie.

3-1-4-2 TABLEAU VIII : poids des nouveau-nés à la naissance

POIDS	Effectif	%
2000 - 2500g	5	11.63
2500 - 3000g	21	48.84
3000 - 3500g	15	34.9
3500 - 4000g	2	4.63
TOTAL	43	100

Le poids des bébés variait de 2300 à 3600g. 11.63% des enfants étaient hypotrophiques sans être prématurés parce que toutes les grossesses étaient à terme. 88.37% avaient un poids normal. Il n'y avait pas de macrosomie fœtale.

3-1-5 Satisfaction des parturientes :

A l'issue de l'accouchement nous avons interviewé toutes les femmes multipares, c'est-à-dire celles ayant déjà expérimenté l'accouchement en position classique, à propos de leur satisfaction par rapport à leur accouchement antérieur. Certaines d'entre elles répondaient en ces termes : « mon enfant est vite sorti » ; « j'ai vite accouché » ; « je ne savais pas qu'on pouvait accoucher dans ces positions. Je souhaite que vous informez désormais toutes les femmes car c'est très bon » ; « j'en ai entendu parler en France et j'ai vu quelques photos dans un livre de préparation à l'accouchement, mais je ne savais pas que ça se faisait chez nous ; c'était bien».

Mais encore : « on est plus libre mais c'est du sport ».

TABLEAU IX : impressions des accouchées en position libre

Impressions	Nombre	%
Très bonne	11	25.6%
Bonne	20	46.5%
Assez bonne	11	25.6%
Passable	1	2.3%
TOTAL	43	100%

Nous retrouvons en majorité une bonne impression chez ces multipares qui ont trouvé l'expérience intéressante et beaucoup moins éprouvante. Elles ont souhaité que ce mode d'accouchement soit vulgarisé et sont pour la plupart prêtes à recommencer l'expérience.

3-1-6 Impressions des prestataires :

A la fin de l'enquête un questionnaire a également été adressé aux prestataires de l'accouchement en position libre. En effet les accouchements ont été dans 87.27 % des cas réalisés par les sages-femmes et le reste par les obstétriciens.

Nous n'avons pu recueillir que les avis des sages-femmes car elles étaient les plus disponibles.

Il ressort de ce sondage que l'infrastructure en place doit être améliorée afin de faciliter leur intervention et d'offrir un plus grand confort aux femmes. La plupart d'entre elles a trouvé que la position assise leur était plus confortable et permettait une meilleure accessibilité du périnée ; les positions debout et accroupie étaient les plus contraignantes.

Elles ont souhaité qu'on mette à leur disposition le matériel de protection (bottes, gants plus longs, tabliers adaptés) pour limiter les accidents d'exposition au sang et au liquide amniotique.

Quant aux effets bénéfiques des positions libres elles n'ont pas constaté une différence flagrante mais ont reconnu qu'il y a un plus grand confort pour la femme.

Enfin elles ont toutes souhaité qu'il y ait une motivation financière.

En somme ce type d'accouchement offre bien des avantages pour les parturientes mais au prix d'énormes sacrifices de la part des agents de santé, sacrifices pouvant être un tant soit peu compensés par des primes consistantes.

3-2 ETUDE ANALYTIQUE :

3-2-1 Durée moyenne de la phase active dans les 2 groupes :

TABLEAU X: Comparaison de la durée moyenne de la phase active dans les deux groupes

Durée phase active (min)	Position libre	Position classique
Min	34	40
Max	320	372
Moyenne	146,5	168,77
Ecart type	77,16	84,8

Khi 2=220,13

p=0.000000

On a noté une diminution hautement significative de la durée moyenne du travail d'accouchement en faveur de la position libre avec une différence de 22,27 min. Et ce d'autant plus que les femmes ayant adopté une position libre n'ont pas bénéficié de perfusion d'ocytocine ou d'antispasmodique.

3-2-2 Durée de l'expulsion en fonction de la position adoptée dans les deux groupes :

TABLEAU XI: comparaison de la durée moyenne de l'expulsion en fonction de la position adoptée.

Durée	Position Libre		position classique	
	Effectif	%	Effectif	%
<15 min	39	90.7	37	86.05
15 à 30 min	4	9.3	6	13.95
30 à 45 min	0	0	0	0
TOTAL	43	100	43	100

Khi2=1,46

p=0.69

L'expulsion était plus rapide dans 90.7% des cas en position libre contre 86.05% des cas en position classique. Cette légère différence était cependant loin de la significativité. Selon ces résultats il n'existe pas de lien entre la durée de la phase expulsive et la position adoptée au cours de celle-ci. Nous pouvons toutefois affirmer que les positions libres accélèrent l'expulsion au même titre que la perfusion d'ocytocine.

3-2-3 Fréquence des traumatismes obstétricaux en fonction de la position adoptée :

TABLEAU XII: comparaison de la fréquence des traumatismes obstétricaux dans les deux groupes

Etat du périnée	Position libre		position classique	
	Effectif	%	Effectif	%
Déchirure périn.	6	14	2	4.65
Episiotomie	8	18.6	5	11.63
Déchirure cervic.	1	2.3	0	0
Déchirure vag.	1	2.3	0	0
Intact	27	62.8	36	83.72
TOTAL	43	100	43	100

Khi2= 3.47

p=0.34

Cette comparaison note qu'il y a eu plus de traumatisme dans le premier groupe que dans le second. Cette différence n'est cependant pas significative. Le choix des témoins étant aléatoire et sans tenir compte des traumatismes la diminution de ceux-ci dans le groupe 2 a pu être due au hasard. Ces résultats s'expliqueraient aussi par l'inexpérience des sages-femmes quant à la protection du périnée en position libre et ce d'autant plus que toutes les déchirures et incisions étaient survenues au cours des trois premiers mois de l'étude. Au cours des trois derniers mois aucun traumatisme n'est survenu dans le groupe des positions libres alors que quelques-uns ont été enregistrés dans le second groupe.

3-2-4 Fréquence des traumatismes obstétricaux en fonction de la parité :

TABLEAU XIII: Fréquence des traumatismes obstétricaux en fonction de la parité dans le groupe 1

PARITE	Primipare	Paucipare	Multipare	Total
TRAUMATISMES				
Épisiotomie	8	0	0	8
Déchirure périnéale	4	2	0	6
Déchirure cervicale	1	0	0	1
Déchirure vaginale	1	0	0	1
Total	14	2	0	16

TABLEAU XIV: Fréquence des traumatismes obstétricaux en fonction de la parité dans le groupe 2

PARITE	Primipare	Paucipare	Multipare	Total
TRAUMATISMES				
Épisiotomie	4	0	1	5
Déchirure périnéale	0	1	1	2
Déchirure cervicale	0	0	0	0
Déchirure vaginale	0	0	0	0
Total	4	1	2	7

Nous remarquons que 100% des incisions périnéales du groupe « position libre » ont été pratiquées chez des femmes accouchant pour la première fois. Il existe un lien significatif entre la primiparité et l'épisiotomie ($p=0.024$).

66.66% de déchirures ont été enregistrés chez des primipares mais sans lien significatif ($p=0.55$). Les déchirures cervicale et vaginale étaient survenues chez des primipares mais sans lien significatif non plus ($p=0.98$).

Dans le groupe des positions classiques il n'existe aucun lien significatif entre les traumatismes constatés et la parité.

3-2-5 Fréquence des pertes sanguines en fonction des positions dans les deux groupes :

TABLEAU XV: Comparaison des pertes sanguines dans les deux groupes

Pertes de sang	Position libre		position classique	
	effectif	%	effectif	%
< 500cc	41	95.3	43	100
>500cc	2	4.7	0	0
Total	43	100	43	100

Khi2= 0.18

$p=0.91$

Il n'existe pas un lien significatif entre la position adoptée et la survenue des hémorragies de la délivrance. Les deux cas d'hémorragies étant survenus en position assise et après traumatismes on peut les lier à ces derniers qui sont à leur tour conditionnés par l'inexpérience des sages-femmes.

3-2-6 Mode d'accouchement :

TABLEAU XVI: comparaison des modes d'accouchement dans les deux groupes

Mode d'acc.	Position libre		position classique	
	effectif	%	effectif	%
spontané	43	100	42	97.67
forceps	0	0	1	2.33
total	43	100	43	100

Khi2=0.51

p=0.91

On n'a enregistré aucune extraction instrumentale en position libre mais une en position classique. Cette différence n'est toutefois pas significative.

3-2-7 Bilan d'Apgar:

TABLEAU XVII: comparaison des bilans d'Apgar à une minute de vie dans les deux groupes

APGAR	Position libre		position classique	
	effectif	%	effectif	%
[3 – 7[	1	2.3	4	9.31
[7-10 [	24	55.8	24	55.81
10	18	41.9	15	34.88
Total	43	100	43	100

Khi2=4.48

p=0.61

TABLEAU XVIII : comparaison des bilans d’Apgar à cinq minutes de vie dans les deux groupes

APGAR	Position libre		position classique	
	effectif	%	effectif	%
[3 – 7[	0	0	4	9.31
[7-10 [	4	9.3	8	18.60
10	39	90.7	31	72.09
Total	43	100	43	100

Khi2=3.8

p=0.7

La comparaison des scores d’Apgar à une et cinq minutes de vie dans les deux groupes montrait un meilleur état des nouveau-nés à la naissance à l’issue de l’accouchement en position libre mais sans lien significatif entre l’état des bébés à la naissance et la position adoptée par la mère au cours de l’accouchement.

CHAPITRE IV :

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4.1 CRITIQUE DU MATERIEL ET DE LA METHODE :

Matériel :

Le personnel médical n'avait pas l'expérience des accouchements en position libre et a éprouvé, surtout initialement, des difficultés pour se positionner correctement. Cela a pu gêner la conduite de l'expulsion et surtout la protection du périnée par la sage-femme par rapport au groupe « position allongée ».

Le tabouret utilisé ne possédait certainement pas toutes les caractéristiques optimales : un seul tabouret était disponible et les dimensions ne convenaient pas forcément à toutes les femmes selon qu'elles étaient de grande ou petite taille, obèses ou sveltes.

La mesure de la durée de la phase active :

Notre instrument de mesure était représenté par le niveau de dilatation du col (de 3 cm à dilatation complète). Elle a été facile lorsque les partogrammes étaient bien tracés, mais reste à 1 cm près sage-femme dépendant.

Conduite de l'expulsion :

Tous les accouchements n'ayant pas été pratiqués par la même sage-femme, le moment où ont été décidés les premiers efforts expulsifs était variable par rapport à la dilatation complète. Toutefois, cette différence devrait concerner de façon homogène les 2 groupes.

4.2 CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES :

4.2.1 L'âge maternel

L'âge des parturientes de notre étude variait de 18 à 39 ans dans le premier groupe avec une moyenne de 26,44 ans et un écart type de 4,86 ans. Dans le deuxième groupe elle variait de 17 à 40 ans avec une moyenne de 26,67 ans et un écart type de 6,1 ans. Dans les deux groupes la population restait homogène et en majorité jeune.

Ces caractéristiques ne reflètent pas spécifiquement celles de la clientèle de HOMEL, mais celles de la population fertile de Cotonou. En effet HOUNGBEME [41] avait trouvé des résultats proches dans une étude réalisée à la CUGO en 1983, un âge moyen de 24,91 ans avec un écart-type égal à 4,4 ans dans une population de 1510 patientes. AZAR KARIMINIA en Australie [42] avait trouvé, dans une étude similaire à la notre une moyenne d'âge de 28,6 ans dans le groupe expérimental et 28,3ans dans le groupe témoin pour une population de 1292 cas et 1255 témoins.

4.2.2 L'activité professionnelle

Nous retrouvons 17.44% d'élèves et étudiantes dans notre population globale (86 femmes) contre 18,14% en 1983 dans l'étude de HOUNGBEME [41] sur une population béninoise de 1510 parturientes étudiée. Les ménagères sont présentes à 12.79% dans notre échantillon contre 33,25% chez HOUNGBEME. Pour ce qui est du commerce notre résultat est de 23.25%, celui de HOUNGBEME (18, 62%). Ceci s'explique probablement par la prise de conscience des jeunes filles qui préfèrent de plus en plus terminer leurs études avant de procréer et l'augmentation de l'activité des

femmes béninoises qui préfèrent travailler et sont de moins en moins ménagères (fonctionnaires, commerçantes, artisanes).

4.3 ETUDE CLINIQUE:

4.3.1 Influence de la position verticale sur la durée de la phase active du travail :

Dans trois études menées respectivement à Bombay en Inde en mai 1992, à Londres en Grande Bretagne en janvier 2002 et en janvier 2004, comparant respectivement les positions debout et accroupie (100 cas pour 100 témoins), les positions assise et à genoux (25 cas pour 41 témoins) et les positions verticales en général à la position couchée, ALLAHBADIA et coll.[43], GOLARA M, F PLAAT et AH SHENNAN [44] et JK GUPTA [45] s'accordent sur la réduction de la durée du travail d'accouchement en faveur des positions verticales. Cela rejoint nos résultats : 146.5 minutes en moyenne en position libre contre 168.77 min. en position allongée avec une différence significative de 22.27 min ($p=0.00000$). Seul GOLARA M, F PLAAT et AH SHENNAN ont noté une significativité ($p=0.019$). Dans les autres études p est non précisé.

Dans un essai randomisé comparant la position assise et la position couchée au cours de la 2^{ème} phase du travail, WALDENSTROM [46], STEWART P. [47], SCHOLZ [48] et BH COTRELL [49] n'ont trouvé aucune différence significative dans les deux groupes en ce qui concerne la durée du travail.

Une autre étude réalisée par HS LIDDEL et FISHER [50], uniquement sur des femmes primigestes, a retrouvé des résultats similaires.

Aucun auteur dans la littérature n'a retrouvé une durée de travail en défaveur de la position verticale.

4.3.2 Influence de la « position verticale » sur la durée de l'expulsion

Notre étude a montré une tendance non significative à la diminution de la durée d'expulsion en position verticale ($p=0.69$) ; Tout comme les études menées par BOMFIM HIPPOLITO au Brésil [51] qui a trouvé que la durée moyenne de l'expulsion était de 3 minutes 30 secondes plus courte chez les femmes en position verticale par rapport à la position horizontale (26,5 min vs 30,0 min) ;Stewart P, HILLAN E, CALDER AA. [52] ; LIDDELL HS, FISHER PR [50] et C. RACINET et coll. à Grenoble en France (14.026 min vs 14.364 min ; $p=0.77$) [53]

Une amélioration significative de la durée d'expulsion en position verticale est retrouvée dans les études réalisées par GARDOSI J, HUTSON N, LYNCH CB [54] (31 min contre 45 min, $p= NP$) et GOLARA [44] qui a retrouvé une durée moyenne égale à 71 min contre 51 min chez les femmes en position verticale ($p=0.011$).

Mais le résultat était inverse, sans significativité, dans trois études réalisées notamment par GARDOSI J, SYLVESTER S, LYNCH CB [55], STEWART P, SPIBY H [47], MARTILLA M, KAJANOJA P, YLIKORKALA O [56].

L'étude faite par De JONG PR, JOHANSON RB, BAXEN P, ADRIANS VD, WESTUISEN S, JONES PW [57] n'a pas retrouvé d'avantage significatif.

Il peut s'agir soit d'un manque de puissance de notre étude (la taille d'échantillon obtenue étant trop faible) soit d'un biais lié à la fréquence non négligeable de décubitus dorsal retrouvée soit d'une trop faible importance de l'avantage théorique pour que celui-ci ait une incidence en pratique.

4.3.3 Influence de la « position verticale » sur l'état périnéal

L'étude de la littérature montrait tantôt une tendance à la diminution des déchirures périnéales lors des positions verticales, sans significativité dans les études réalisées par STEWART et GARDOSI [52, 55] et une avec significativité, notamment dans l'étude réalisée par RICHARD R, TERRY et coll. [58] (98 cas en position libre vs 100 témoins en position allongée avec 40% de déchirure vs 70% pour les témoins ; $p < 0.001$);

Tantôt on observait une augmentation significative [47], tantôt une augmentation non significative [53] (17.94% vs 11.03% ; $p = 0.18$).

Concernant le taux d'incision, toutes les études ont montré une tendance à la diminution en position verticale, mais seule une a atteint le seuil de significativité : il s'agit de celle réalisée par U WALDENSTROM [47].

Une étude, en Afrique du sud, menée par DE JONG PR a noté la relation entre la diminution significative du nombre d'incision et la tendance à l'accroissement des déchirures, remarquant l'absence de différence significative entre les groupes si l'on compare les femmes ayant nécessité une suture (déchirures et incisions confondues) [57].

Notre étude a montré une tendance à l'augmentation des déchirures périnéales surtout dans le groupe « position assise », sans retrouver de significativité, ainsi qu'une tendance à l'augmentation des incisions dans la même position, sans retrouver non plus de significativité. Cette tendance à l'augmentation du taux de complications traumatiques en position libre pourrait s'expliquer soit par l'inexpérience des sages-femmes concernant la protection du périnée en position verticale, assertion confirmée par l'absence de traumatisme périnéal dans les 3 derniers mois de l'étude soit par la présence dans le groupe 1 de femmes ayant expulsé également en position couchée.

4.3.4 Influence de la « position verticale » sur la survenue d'hémorragie de la délivrance

La plupart des essais publiés retrouve une tendance à l'accroissement des hémorragies de la délivrance en position verticale. Un seul essai a atteint le seuil de significativité, il s'agit de celui réalisé par STEWART [52]. Une étude réalisée par De JONG n'a pas trouvé de différence [57], et celle réalisée par GARDOSI [55] a trouvé une tendance inverse non significative.

Notre étude a montré une tendance à l'augmentation de la fréquence de survenue d'hémorragie de la délivrance dans le groupe « position assise », sans retrouver de significativité.

Cela semble pouvoir s'expliquer par l'augmentation de la pression veineuse pelvienne en position accroupie ou assise, et par l'engorgement périnéal rendant plus hémorragiques les plaies et incisions périnéales.

Cependant, à la lumière des autres essais publiés, il semble bien que l'accroissement du risque d'hémorragie de la délivrance après accouchement en « position accroupie et assise » soit réel.

4.3.5 Influence de la « position verticale » sur le mode d'accouchement

Concernant les extractions instrumentales, la grande majorité des études [53] (13.3% vs 15.12% ; $p=0.57$), [56, 43, 47, 54, 56, 59, 60] a montré une tendance à l'accroissement des extractions instrumentales en « position couchée ». Une des études présentée par A. NASIR à Karachi au PAKISTAN a noté une significativité [60] (11% de forceps vs 24% en position allongée ; $p<0.05$).

Dans son étude, De Jong quant à lui ne retrouvait pas de différence [57].

L'étude d'AZAR KARIMINIA en Australie [42] a retrouvé par contre une augmentation des extractions par forceps en position « à quatre pattes » : 5.5% vs 4.1% chez les témoins avec $RR=1.4$ (-0.3 à 3.0).

Notre étude a montré une tendance à l'augmentation des extractions instrumentales en « position couchée » par rapport à la « position libre », sans atteindre le seuil de significativité ($p=0.91$).

Comme pour le critère de jugement ci-dessus, il peut s'agir soit d'un manque de puissance de l'essai (échantillon faible).

4.3.6 Influence de la « position verticale » sur l'état néonatal

Dans trois études on retrouvait un meilleur score d'Apgar en position verticale [49, 54,55], une tendance inverse sans significativité dans une étude [47]. La majorité des essais faits ne constataient pas de différence entre les groupes étudiés [46, 47, 48, 50, 57, 51]. ALLAHBADIA [43], AG DIAZ [59], GOLAY [61], KELLY TW [62] et A NASIR [60] n'ont pas trouvé une différence significative concernant l'état des nouveau-nés quelle que soit la position adoptée par la parturiente.

Notre étude a montré un meilleur score d'Apgar dans le groupe 1 sans différence significative entre les deux groupes.

4.3.7 Satisfaction des parturientes

Toutes les études concernées notaient la satisfaction des femmes accouchant en position verticale [52, 56, 57] tant en ce qui concerne le confort que la douleur.

SCHNEIDER [63] a étudié l'évaluation de la douleur lors du changement de position de 30 parturientes passant de la position horizontale à la position verticale et il retrouvait 25 fois une diminution de celle-ci, 5 fois une augmentation.

Notre étude en particulier a retrouvé une très forte satisfaction des femmes et ce d'autant plus qu'elles avaient la liberté de changer de position. Les multipares en particulier étaient convaincues que la position couchée sur le dos accroissait la douleur du travail et qu'elles avaient éprouvé moins de douleur pendant toute la durée du travail en position libre. Cette satisfaction a été indiscutable même malgré le taux de complications obstétricales comptabilisée dans le « groupe position libre ».

4.3.8 Interférence des accoucheurs :

La faible adhésion des sages-femmes et obstétriciens et leur inexpérience à réaliser des accouchements dans différentes positions au début de l'étude expliquent le taux élevé de complications traumatiques enregistré. A cela s'ajoute la crainte d'être éclaboussé surtout en position assise et accroupie. Par la suite, notamment au cours des trois derniers mois de notre essai aucun traumatisme n'a été enregistré, les praticiens ayant plus accepté ce type d'accouchement et maîtrisant mieux la protection du périnée au cours du dégagement.

CONCLUSION

CONCLUSION

Notre étude a permis de montrer que l'accouchement en position verticale n'est pas délétère et surtout que le confort et la satisfaction des clientes est fortement amélioré.

Nos résultats montrent que les positions libres au cours de l'accouchement s'accompagnent d'une tendance à la diminution de la durée du travail (avec une différence significative de 22 ,27min.) et de l'expulsion (moins de 15min dans 90.7% des cas contre 86.05% en position classique), d'une diminution des extractions instrumentales(0% contre 2.33%), d'une amélioration de l'état des nouveau-nés à la naissance mais aussi d'une augmentation des déchirures et incisions périnéales(37.2% contre 16.28%) et la survenue d'hémorragies du post-partum, complications qui demeurent mineures et gérables par des thérapeutiques simples.

L'adoption spontanée des positions verticales peut désormais être proposée à toute parturiente et surtout en cas de lenteur exagérée de la terminaison de l'accouchement car elles optimisent la santé périnatale.

SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS

SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS :

Au terme de ce travail et eu égard aux résultats obtenus, nous formulons les recommandations suivantes :

A L'ENDROIT DES AUTORITES POLITICO- ADMINISTRATIVES ET SANITAIRES :

➤ LE MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

- la formation des sages femmes et obstétriciens déjà en fonction et l'intégration de l'accouchement en position libre dans la formation professionnelle (c'est-à-dire dès l'école des sages-femmes ou lors du DES de gynécologie et d'obstétrique) afin que ce type d'accouchement se naturalise.
- un plaidoyer auprès du public afin de :
 - l'informer de la tendance actuelle et bénéfique qu'est l'accouchement en position libre
 - démystifier certaines femmes pour qui accoucher en position accroupie ou à 4 pattes est une idée incongrue
 - encourager les femmes à apprendre à faire un choix, et le bon plutôt que d'adopter une attitude défaitiste au cours de l'accouchement.
- La construction dans les grandes maternités du Bénin de salles équipées pour l'accouchement en position libre.
- L'intégration de la kinésithérapie obstétricale dans le suivi global des grossesses pour une meilleure préparation à l'accouchement ; la promotion de la kinésithérapie pré et post-natale, au cours de laquelle

la femme est physiquement et psychologiquement préparée à affronter l'accouchement et les suites de couches, ce qui n'est que très profitable à tous.

➤ L'HOMEL

- l'équipement plus complet de la salle réservée à l'accouchement libre notamment par des : tabourets pour la position assise, bottes, gants adaptés, blouses de rechange, outils de surveillance materno-fœtale, serviettes de bains pour les parturientes, vêtements adaptés, séparations.
- des chaises et tabourets adaptés pour les accoucheurs afin d'éviter la survenue ultérieure de lombalgies.
- Le coût accessible de l'accouchement libre au commun des béninois.

A L'ENDROIT DU PERSONNEL DE SANTE

- Le soutien social et psychologique aux femmes enceintes doit être intégré dans toutes les formes de soins prénatals et ce jusqu'à l'instant ultime de l'accouchement. En l'absence de contre indication de nature obstétricale ou médicale, la déambulation pendant la première partie du travail sera encouragée et assistée, car elle améliore le confort des contractions utérines et diminue la demande d'analgésie péridurale.
- Aujourd'hui à l'heure de la médecine basée sur des faits prouvés, il est normal que les sages-femmes informent les parturientes des soins qu'elles reçoivent et obtiennent leur consentement. Leurs choix devront être respectés.

- La médicalisation anarchique des grossesses et accouchements souvent excessive, coûteuse, et parfois délétère doit être reconsidérée. Les soins non justifiés témoignent d'une communication insuffisante et d'un manque de respect des patientes.
- L'information individuelle des femmes lors des CPN à propos de l'accouchement en position libre en toute sécurité. Une femme reçue en CPN ne doit plus ignorer qu'en l'absence de pathologie, l'adoption libre de différentes postures au cours du travail d'accouchement n'est pas délétère et peut dans certains cas être bénéfique.

A L'ENDROIT DES PARTURIENTES ET DE LEUR CONJOINT:

- la régularisation des naissances afin d'avoir les moyens de bien suivre les grossesses jusqu'à terme.
- Les femmes doivent être des actrices actives de leur accouchement, elles doivent accoucher elles-mêmes au lieu de se laisser accoucher. Leur conjoint ont l'obligation morale et sociale d'assumer leur responsabilité en les soutenant jusqu'à la fin de l'accouchement.

A L'ENDROIT DES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES DU MALI :

L'initiation d'une telle étude au MALI pour éventuellement améliorer la qualité des soins offerts aux parturientes.

REFERENCES

REFERENCES:

1. **Organisation Mondiale de la Santé.**

Les recommandations de l'OMS.

Conférence inter régionale sur la technologie appropriée à l'accouchement.

Fortaleza Brésil. 22-26 avril 1985.

<http://accoucherautrement.free.fr/Recommandations-OMS.html> Consulté en Mai 2008.

2. **Lucas C., Racinet C.**

Positions maternelles pour l'accouchement.

J Gynecol Obstet Fertil. 2005 Jul-Aug; 33(7-8):533-538.

3. **Odent M., Husson J.F., Yannoti S. et al.**

Les positions de la mère au cours de l'accouchement.

Cahiers du nouveau-né 1983 ; 4 :13-28.

4. **Gardosi J.O., Sylvester S., B-Lynch C.**

Alternative positions during the second stage of labor: a randomized controlled trial.

Br J Obstetric Gynecology 1989; 96:1290-1296.

5. **Nave B.**

La deuxième phase de l'accouchement ou expulsion en position accroupie (Etude théorique et pratique).

Thèse de Doctorat en Médecine, Strasbourg, 1986 ; n°246 :132p.

6. **De Gasquet B.**

Bien-être et maternité.

Implexe éd., Paris 1997 (2ème édition). www.infoaccouchement.org
consulté en septembre 2008.

7. **Merger R., Levy J., Melchior J.**

Précis d'obstétrique.

5ème édition revue et augmentée. Masson, Paris : 1979 :755p.

8. **Organisation Mondiale de la Santé.**

Manuel d'obstétrique à l'intention des infirmières de la santé publique.

OMS 1974; P.62.

9. **Organisation Mondiale de la Santé.**

Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique.

WHO/FRH/MSM/1996; 24: 39-42.

(www.who.int/reproductive-health/publications) consulté en Mai 2008.

10. **G. Amarenco, Amor B., Amouroux J., B. Badelon, C. Barbanel et coll.**

Larousse médical.

Larousse- Bordas, Paris: 1998:1203p.

11. **Richard R., Terry, Jeanne Westcott, Laura O'shea, and Frank K.**

A review of alternative birthing positions.

J Am Osteopath Assoc. 2006; 106:199–202.

12. **H. De Tourris, G. Magnin.**

Gynécologie et obstétrique manuel illustré.

7^{ème} édition Paris: Masson: 444p.

13. **Koné A.**

Etude comparative de la césarienne classique et de la césarienne de MISGAV LADACH.

Thèse de doctorat en médecine, Bamako, 2005, p54.

14. **Dunn P.**

Obstetric delivery today-for better or for worse.

Lancet. 1976 Apr 10; 1(7963):790–793.

15. **Roberts J.**

Alternative positions for childbirth-Part I: first stage of labor.

J Nurse-Midwifery 1980; 25:11-18.

16. **Carlson J.M., Diehl J.A., Sachtleben-Murray M., et al.**

Maternal position during parturition in normal labor.

Obstetric Gynecology 1986; 68:443-447.

17. **Gelis J.**

Autrefois les positions d'accouchement : Scènes d'accouchement.

Champ psychosomatique 1996 ; 8 :29-36.

18. **Carr K.C.**

Obstetric practices which protect against neonatal morbidity: focus on maternal position in labor and birth.

Birth Fam J 1980; 7:249-254.

19. **Johnson T., Repke J.R., Paine L.**

Choosing a birthing bed to meet everyone's needs.

Contemp Ob/Gyn 1987; 29:70-73.

20. **Townsend L.**

Obstetrics through the ages.

Med J Aust 1952; 1:558-565.

21. **Gelfand T.**

From the guild to profession: the surgeons of France in the 18th century.

Texas Rep Biol Med 1974; 32:121-132.

22. **Lauren Duddes.**

The evolution of maternal birthing.

American journal of public health May 1987; 77(5):636-641.

23. **Rothman B.K.**

Anatomy of a Compromise: Nurse-Midwifery and the Rise of the Birth Center.

J Nurse-Midwifery 1983; 28:3-7.

24. **Caldeyro-Barcia R.**

The Influence of maternal position on time of spontaneous rupture of the membranes, progress of labor and fetal head compression.

Birth Fam J 1979; 6:7-16.

25. **Mckay S.**

Maternal position during labor and birth: a reassessment.

JOGN Nurs 1980; 9:5, 288-291.

26. **Rosenberg C.**

The Practice of Medicine in New York a Century Ago.

Bull Hist Med 1967; 41:223-252.

27. **Atwood R.J.**

Parturitional posture and related birth behaviour.

Acta Obstet Gynecol Scand 1976, suppl 57:6-25.

28. **Bruner J.P., Drummond S.B., Meenan A.L., Gaskin I.M.**

All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor.

J Reprod Med 1998; 43:439-443.

29. **Mendez-Bauer C., Arroyo J., Garcia-Ramos C. et al.**

Effects of standing position on spontaneous uterine contractibility and others aspects of labor. J Perinat Med 1975; 3:89-100.

30. **Bouchetara K., Taleb A.L.**

Position et accouchement.

Rev Fr Gynecol Obstet 1987; 82: 205-207.

31. **Joyce.**

The effect of maternal position on uterine contractility and efficiency.

Birth dec 1983; 10(4):243-250.

32. **Malinas Y., Favier M.**

Mécanique obstétricale.

Paris, Masson, 1979 : 307p.

33. **Vokaer R., Renaud R., Barrat J. et al.**

Traité d'Obstétrique, volume 1.

Paris, Masson, 1983.

34. **Alexandre A.**

Efforts expulsifs maternels: inspiration bloquée ou expiration freinée? Essai randomisé. Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme, Grenoble, 2003.

35. **Sven C.A, Michel, Annett R., Karl T., Burkhardt S., Rabih C., Renate H., Borut M. and Rahel A., Kubik-Huch.**

Obstetric Pelvimetry: Effect of Birthing **Position** on Pelvic Bony Dimensions.

AJR 2002; 179:1063-1066.

36. **Lilford R.J., Glanville J.N., Gupta J.K.**

The action of squatting in the early postnatal period marginally increases pelvic dimensions.

Br J Obstet Gynaecol 1989; 96: 964-966.

37. **F.W. Kelly, R. Terry, and R. Naglieri.**

A review of alternative birthing positions.

Journal of the American Osteopathic Association 1999; 99(9): 470-470.

38. **R. Stremmler, E. Hodnett, P. Petryshen, B. Stevens, J. Weston.**

Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor.

Birth, December 1, 2005; 32(4): 243-251.

39. **Alliance Française pour l'Accouchement Respecté.**

Http// afar.ws afar@fraternet.org

The National Childbirth Trust

40. **Dagues-Bie M., Couderc P.**

Congrès Journées pyrénéennes de gynécologie N°14, Tarbes.

Eurogyn éditions, France : 2000 :329 p.

41. **Houngbèmè C.H.**

Contribution à l'étude de la gravido-puerpéralité de la primipare.

Thèse de doctorat en Médecine.

Faculté des sciences de la Santé Cotonou (Bénin) 1983 ; n° 083 : 144p.

42. **Azar Kariminia, M. Chamberlain, J. Keogh, A. Shea.**

Randomized controlled trial of effect of hands and knees posturing on incidence of occiput posterior at birth.

BMJ. 2004 Feb 28; 328(7438):490.

43. **Allahbadia G.N., Vaidya P.R.**

Why deliver in the supine position?

Aust N Z J Obstet Gynaecol, May 1, 1992; 32(2): 104-106.

44. **Golara M., F. Plaat, and A.H. Shennan.**

Upright versus recumbent position in the second stage of labour in women with combined spinal-epidural analgesia.

Int J Obstet Anesth, Jan 2002; 11(1): 19-22.

45. J.K. Gupta and J. Hofmeyr.

Position for women during second stage of labour.

Cochrane database syst rev, January 1, 2004; (1): CD002006.

46. U. Waldenstrom and K. Gottval.

Randomized trial of birthing stool or conventional semi-recumbent position for second-stage labor.

Birth, March 1991; 18(1): 5-10.

47. Stewart P., Spiby H.

A randomized study of the sitting position for delivery using a newly designed obstetric chair. Br J Obstet Gynaecol 1989; 96: 327-333.

48. Scholz H.S., Benedicic C., Arikan M.G., Haas J., Petru E.

Spontaneous vaginal delivery in the birth-chair versus in the conventional dorsal position: a matched controlled comparison.

Wien Klin Wochenschr 2001 Sept 17; 113: 695–697.

49. Barbara H., Cottrell, Mary K. S.

A comparison of fetal outcome in birth chair and delivery table births.

Research in Nursing & Health 1987; 10(4):239 – 243.

50. Liddell H.S., Fischer P.R.

The birthing chair in the second stage of labour.

Austr N Z J Obstet Gynecol 1985; 25: 65-68.

51. **Bomfim-Hyppolito S.**

[Influence of the position of the mother at delivery over some maternal and neonatal outcomes.](#)

International Journal of Gynecology and Obstetrics, 1998 Dec; 63 Suppl 1:S67-73.

52. **Stewart P., Hillan E., Calder A.**

A randomized trial to evaluate the use of a birth chair for delivery.

Lancet 1983; 1: 1296-1298.

53. **Lucas C., Racinet C.**

L'accouchement en position accroupie.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999;28: 263-270.

54. **Gardosi J., Hutson N., Lynch C.**

L'accouchement en position accroupie : un essai randomisé et contrôlé.

The Lancet, éd franç, 1990; 5-8.

55. **Gardosi J., Sylvester S., Lynch C.B.**

Alternative positions in the second stage of labour: a randomized controlled trial. Br J Obstet Gynaecol 1989; 96: 1290-1296.

56. **Martilla M., Kajanoja P., Ylikorkala O.**

Maternal half sitting position in the second stage of labour.

J Perinat Med 1983; 11: 286-291.

57. De Jong P.R., Johanson R.B., Baxen P., Adrians D., Westuisen S., Jones P.W.

Randomized trial comparing the upright and supine position for the second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 567-571.

58. F.W. Kelly, R. Terry, and R. Naglieri.

A review of alternative birthing positions.

Journal of the American Osteopathic Association; 1999(9): 470-470.

59. A.G. Diaz, R. Schwarcz, R. Fescina, and R. Caldeyro-Barcia.

Vertical position during the first stage of the course of labor, and neonatal outcome.

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, September 1, 1980; 11(1): 1-7.

60. A. Nasir, R. Korejo, and K.J. Noorani.

Child birth in squatting position.

J Pak Med Assoc, January 1, 2007; 57(1): 19-22.

61. Golay J., Vedam S., Sorger L.

The squatting position for the second stage of labor: effects on labor and on maternal-fetal well-being.

Birth. 1993; 20:73–78.

63. Schneider A. F.

Position and delivery.

In: *Women's health today*. New York: The Parthenon Publishing Group, 1994: 209-213.

ANNEXES

CLASSIFICATION DES PRATIQUES UTILISEES PENDANT UN ACCOUCHEMENT NORMAL SELON L'OMS : [1]

Le présent chapitre distingue quatre catégories de pratiques couramment utilisées lors d'un accouchement normal, selon leur utilité, leur efficacité et leur nocivité. Cette classification reflète les points de vue d'un groupe technique de l'OMS sur les soins liés à l'accouchement normal.

CATEGORIE A :

Pratiques dont l'utilité peut être démontrée et qu'il convient d'encourager :

1. plan individuel déterminant où et avec l'aide de qui l'accouchement se déroulera, établi avec la femme pendant la grossesse, et communiqué au mari/partenaire et, le cas échéant, à la famille.
2. évaluation des risques liés à la grossesse pendant les soins prénatals, et réévaluation à chaque contact avec le système de santé et au moment du premier contact avec le dispensateur de soins pendant le travail, et jusqu'à la fin du travail.
3. surveillance du bien-être physique et émotionnel de la femme pendant tout le travail et l'accouchement, et à l'issue du processus de la naissance.
4. boissons proposées à la parturiente pendant le travail et l'accouchement.
5. respect du choix éclairé de la femme quant au lieu de la naissance.
6. fourniture de soins pour le travail et l'accouchement au niveau le plus périphérique où l'accouchement soit possible et sûr et où la femme se sente en sécurité et en confiance.
7. respect du droit de la femme à l'intimité sur le lieu de l'accouchement.
8. soutien empathique des dispensateurs de soins pendant le travail et l'accouchement.

9. respect du choix fait par la femme des compagnons présents pendant le travail et l'accouchement.
10. fourniture aux femmes de toutes les informations et explications qu'elles souhaitent.
11. méthodes non traumatiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur pendant le travail comme des massages et des techniques de relaxation.
12. surveillance fœtale avec auscultation intermittente.
13. usage unique des matériels jetables et décontamination appropriée du matériel à usage multiple pendant tout le travail et l'accouchement.
14. utilisation de gants pour le toucher vaginal, pendant l'expulsion du bébé et pour la manipulation du placenta.
15. liberté de choisir la position et de bouger pendant tout le travail.
16. encouragement à choisir une position autre que dorsale pendant le travail.
17. surveillance attentive de l'évolution du travail, par exemple au moyen du partogramme de l'OMS.
18. administration prophylactique d'ocytocine au troisième stade du travail chez les femmes présentant un risque d'hémorragie de la délivrance, ou qu'une spoliation sanguine même légère peut mettre en danger.
19. stérilité des instruments utilisée pour sectionner le cordon.
20. Prévention de l'hypothermie du bébé.
21. contact dermique précoce entre la mère et l'enfant et encouragement à commencer l'allaitement au sein dans l'heure qui suit la naissance, conformément aux directives de l'OMS sur l'allaitement au sein.
22. examen systématique du placenta et des membranes.

CATEGORIE B :

Pratiques qui sont à l'évidence nocives ou inefficaces et qu'il convient d'éliminer :

1. recours systématique au lavement.
2. rasage systématique du pubis.
3. infusion intraveineuse systématique pendant le travail.
4. pose systématique de canules intraveineuses à titre prophylactique.
5. utilisation systématique de la position dorsale pendant le travail.
6. toucher rectal
7. utilisation de la radiopelvimétrie.
8. administration d'ocytociques à tout moment avant l'accouchement de façon que leurs effets ne puissent être maîtrisés.
9. utilisation systématique de la position gynécologique avec ou sans étrières pendant le travail.
10. efforts de poussée soutenus et dirigés (manœuvre de Valsalva) pendant le deuxième stade du travail.
11. massage et étirement du périnée pendant le deuxième stade du travail.
12. utilisation de comprimés oraux d'ergométrine au troisième stade du travail pour prévenir ou arrêter une hémorragie.
13. administration systématique d'ergométrine par voie parentérale au troisième stade du travail.
14. lavage utérin systématique après l'accouchement.
15. révision utérine systématique (exploration manuelle) après l'accouchement.

CATEGORIE C :

Pratiques sur lesquelles on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander fermement et qu'il convient d'utiliser avec précaution tandis que les recherches se poursuivent.

1. méthodes non pharmacologiques utilisées pour soulager la douleur pendant le travail, comme les plantes, l'immersion dans l'eau et la stimulation nerveuse.
2. amniotomie précoce systématique pendant le premier stade du travail.
3. pression sur le fond utérin pendant le travail.
4. manœuvres visant à protéger le périnée et à gérer la tête du fœtus au moment du dégagement.
5. manipulation active du fœtus au moment de la naissance.
6. administration systématique d'ocytocine, tension légère sur le cordon, ou combinaison des deux pendant le troisième stade du travail.
7. clampage précoce du cordon ombilical.
8. stimulation du mamelon pour augmenter les contractions utérines pendant le troisième stade du travail.

CATEGORIE D :

Pratiques fréquemment utilisées à tort :

1. interdiction d'absorber aliments et liquides pendant le travail.
2. traitement de la douleur par des agents systémiques.
3. traitement de la douleur par l'analgésie épidurale.
4. monitoring électronique du fœtus.
5. port de masques et de gants stériles par la personne aidant à l'accouchement.

6. touchers vaginaux répétés ou fréquents, spécialement par plusieurs dispensateurs de soins.
7. accélération par l'ocytocine.
8. transfert systématique de la femme en travail dans une autre pièce au début du deuxième stade.
9. sondage de la vessie.
10. encouragement à pousser dès le diagnostic de dilatation complète ou presque complète du col, avant que la femme éprouve elle-même le besoin de pousser.
11. observance stricte d'une durée stipulée pour le deuxième stade du travail, une heure par exemple, si l'état de la mère et du fœtus est bon et si le travail progresse.
12. extraction instrumentale.
13. utilisation courante ou systématique de l'épisiotomie.
14. exploration manuelle de l'utérus après l'accouchement.

QUESTIONNAIRE :

DOSSIER No :

FICHE No :

I RENSEIGNEMENTS GENERAUX :

NOM :

PRENOMS :

Q1) AGE :

Q2) ETHNIE :

Q3) PROFESSION : 1= ménagère ,2=commerçante, 3=artisane, 4=élève/étudiante,
5= fonctionnaire, 6= autres à préciser.

Q4) NIVEAU D'INSTRUCTION : 1= non scolarisée 2= primaire 3= secondaire 4=supérieur

Q5) RELIGION : 1=chrétienne 2=musulmane 3=animiste 4=autre à préciser

Q6) STATUT MATRIMONIAL : 1=célibataire 2=mariée 3=divorcée 4=veuve

II ANTECEDENTS

ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX:

Q7) GESTITE : 1= primigeste 2=paucigeste 3=multigeste

Q8) PARITE : 1=nullipare 2=primipare 3=paucipare 4=grande multipare

Q9) MODE D'ACCOUCHEMENT : 1=voie basse 2=césarienne

Q11) CURETAGE : 1=oui 2=non si oui préciser nombre

Q12) EPISIOTOMIE ANTERIEURE 1=oui 2=non

Q13) DECHIRURE PERINEALE ANTERIEURE 1=oui 2=non

Q14) HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE 1=oui 2=non

ANTECEDENTS MEDICAUX :

Q15) Antécédents médicaux : 1=oui 2=non si oui préciser

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

Q16) antécédents chirurgicaux : 1=oui 2=non si oui préciser

III DEROULEMENT DE LA GROSSESSE ACTUELLE

Q17) CPN : 1=oui 2=non si oui préciser le nombre

Q18) CPN \leq 4 =1 >4 = 2

Q19) QUALIFICATION DE L'AUTEUR : 1=sage-femme 2=médecin généraliste
3=gynécologue obstétricien 4=CES 5=autre à préciser

Q20) BILANS PRE-NATAUX:

1=normaux 2= perturbés si 2 préciser l'anomalie

(1=GS/Rh ; 2=TPHA/VDRL ; 3=SEROLOGIE DE LA TOXOPLASMOSE ;
4=SEROLOGIE DE LA RUBEOLE ; 5=SEROLOGIE HIV ;
6=ELECTROPHORESE DE L'HEMOGLOBINE ; 7=NFS ; 8=ECHOGRAPHIE)

Q21) PATHOLOGIES ASSOCIEES :

1=oui 2=non si oui préciser

(1=HTA ; 2=PRE-ECLAMPSIE ; 3=ECLAMPSIE ; 4=PALUDISME ;
5=INFECTION URINAIRE ; 6=MAP ; 7=RPM ; 8=PP ; 9=HRP ; 10=AUTRES)

Q22) HOSPITALISATION 1=oui 2=non si oui préciser

1=motif

(1=HTA ; 2=PRE-ECLAMPSIE ; 3=ECLAMPSIE ; 4=PALUDISME ;
5=INFECTION URINAIRE ; 6=MAP ; 7=RPM ; 8=PP ; 9=HRP ; 10=AUTRES)

2=durée

Q23) TERME DE LA GROSSESSE :

1= < 37 SA 2= 37 à 42 SA 3= >42SA

IV EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE:

Q24) MOTIF DE CONSULTATION :

Douleurs lombo-pelviennes= 1 perte de bouchon muqueux = 2

Perte des eaux = 3 si oui préciser délai avant consultation en heure

EXAMEN PHYSIQUE :

Q25) TAILLE : 1= <1,50m 2= > ou =1,50m

Q26) TEMPERATURE : 1= normale 2=hyperthermie 3=hypothermie

Q27) TA : 1= <14/9cmhg 2= > ou = à 14/9cmhg

Q28) POULS : 1=normal 2=accéléré 3=lent

Q29) MUQUEUSES : 1=colorées 2=pâles

Q30) HU : 1= < 36cm 2= >ou= 36cm

Q31) PRESENTATION : 1=céphalique 2= autre à préciser

Q32) BDCF : 1=normaux 2=tachycardie 3=bradycardie

TV:

COL :

Q33) longueur : 1=court 2=mi-long 3=long 4=effacé

Q34) dilatation : 1=fermé 2=dilaté si 2 préciser la dilatation

BASSIN :

Q35) bassin : 1=cliniquement normal 2=limite 3=BTR 4=BGR

POCHE DES EAUX :

Q36) poche des eaux : 1=plate 2=bombante 3=rompue

Q37) LA : 1=clair 2=teinté

PRESENTATION :

Q38) présentation : 1=céphalique 2=autre à préciser

Q39) DIAGNOSTIC :

1=travail d'accouchement à la phase de latence 2=travail d'accouchement à la phase active

V POSITION CHOISIE PAR LA PARTURIENTE :

Q40) 1^{ère} période du travail : effacement et dilatation du col

1=Debout 2=accroupie 3=assise 4=à quatre pattes
5=lithotomie 6=décubitus latéral 7=décubitus dorsal

Q41) 2^{ème} période : expulsion

1=Debout 2=accroupie 3=assise 4=à quatre pattes
5=Lithotomie 6=décubitus latéral 7=décubitus dorsal

Q42) 3^{ème} période : délivrance

1=Debout 2=accroupie 3=assise 4=à quatre pattes
5=Lithotomie 6=décubitus latéral 7=décubitus dorsal

VI TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT :

Q43) Déroulement : 1=normal 2=anormal si 2 Q46

Q44) Anomalie : 1=procidence du cordon 2=souffrance fœtale aigue
3=dilatation stationnaire 4=autre à préciser.

Q45) Durée :

1= primipare :hrs 2= multipare :hrs

VII ACCOUCHEMENT :

Q46) Durée de l'expulsion : 1= <15mn 2=15-30mn 3=30-45mn
4= >45mn

Q47) Déroulement : 1=normal 2=complications si 2 Q62

Q48) Type de complication :

1=Épisiotomie 2=déchirure complète 3=déchirure incomplète
4=Hémorragie de la délivrance 5=forceps 6=ventouses 7=autres

Si 3 préciser degré

Q49) Pertes sanguines : 1= <ou=500ml 2=>500ml

Q50) QUALIFICATION DE L'ACCOUCHEUR :

1=sage-femme 2=gynécologue-obstétricien 3=CES 4=étudiant en
médecine
5=autre

VIII ETAT DU NOUVEAU-NE A LA NAISSANCE :

Q51) CRIANT AUSSITOT 1=oui 2=non

Q52) REANIME PAR: 1=aspiration 2=oxygène 3=stimulation
4=ventilation 5=massage cardiaque 6=médication

APGAR :

Q53) 1ère minute : 1=<7 2=>ou=7 3=10

Q54) 5^{ème} minute : 1=<7 2=>ou = 7 3= 10

Q55) 10^{ème} minute : 1=<7 2=>ou =7 3=10

Q56) COMPLICATIONS PLASTIQUES :

Bosse séro-sanguine = 1 Céphalématome = 2 3=autre à préciser.

IX IMPRESSIONS DES ACCOUCHEES :

Q57) COMMENT TROUVEZ VOUS L'EXPERIENCE ?

1=Très bonne 2=bonne 3=assez bonne 4=pas bonne
5=Nulle

Q58) SOUHAITERIEZ VOUS RECOMMENCER LORS DE VOS
ACCOUCHEMENTS ULTERIEURS ?

1=Oui

2=non

3=je ne sais pas

Q59) SUGGESTIONS :

FICHE D'ENQUETE A L'ENDROIT DES PRESTATAIRES D'ACCOUCHEMENT A L'HOMEL :

Date

Nom du prestataire

Age

N° d'identification

I. PROFESSION

1) Quelle est votre profession ?

Gynécologue obstétricien=1

CES=2

sage-femme=3

infirmière=4

ESF=5

Aide soignante=6

II. LIEU ET OUTILS DE TRAVAIL

1) Disposez-vous d'un cadre de travail adapté à l'accouchement en

position libre ? oui=1 non=2

sinon, proposer les amendements à faire

.....
.....
.....
.....

2) Le matériel de travail vous convient- il ?

oui=1

non=2

si non préciser le matériel manquant

III.ACCEPTABILITE DE LA METHODE

1) Avez-vous réalisé un accouchement en position libre durant la période de l'étude ? oui=1 non=2

si oui préciser la ou les positions d'accouchement

assise=1 demi assise=2 à genou=3 accroupie=4 debout=5

Comment avez-vous trouvez l'expérience ?

.....
.....
.....
.....

Si non, quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'en avez pas fait

Pas de cas éligibles au cours de vos gardes=1 surveillance

difficile=2 affluence=3 raison de santé d'ordre personnel

(lombalgie, arthrose...)=4

2) Trouvez vous que les femmes acceptent bien ce type d'accouchement ? oui=1 non=2

3) Et vous, soutenez vous ce type d'accouchement ?

très bien= 1 bien=2 un peu=3 pas du tout=4

IV. CONNAISSANCES ET COMPETENCES

2. Avez-vous reçu une formation concernant la pratique de l'accouchement en position libre ? oui=1 non=2
3. Cette formation vous a t- elle été bénéfique dans la pratique de ce type d'accouchement ? oui=1 non=2

V. DIFFICULTES RENCONTREES

1) Pendant le travail d'accouchement :

- la surveillance materno-fœtale est elle aisée ? oui=1 non=2
- si non, dites pourquoi et que proposez vous pour améliorer les conditions de surveillance chez les femmes ayant opté pour l'accouchement en position libre ?

.....

.....

.....

.....

.....

2) Pendant l'accouchement :

- Quelles positions adoptées par la femme vous conviennent le mieux ?
debout=1 assise=2 accroupie=3 à genoux=4
demi assise=5

- Avez-vous eu le sentiment que la durée de l'expulsion est moins longue dans les positions verticales ? oui=1 non=2
- Avez-vous eu l'impression que les femmes accouchées en position libre ont une meilleure satisfaction que celles ayant accouché sur la table d'accouchement ? oui=1 non=2
- Avez-vous des difficultés d'accès à la région périnéale lors de l'expulsion ? oui=1 non=2

Si oui, quelle position vous semble la plus inconfortable :

assise=1 demi-assise=2 debout=3 à genou=4
accroupie=5

Et la position qui vous semble la plus accessible : assise=1

demi-assise=2 debout=3 à genou=4 accroupie=5

Avez-vous le sentiment que le risque de déchirure du périnée est

plus élevé dans l'accouchement en position libre ? oui=1 non=2

si oui, pourquoi selon

vous

.....

.....

3) Pendant la délivrance : le risque d'exposition au sang dans

l'accouchement en position libre est il [cochez la réponse choisie]

- Inférieur par rapport à l'accouchement sur la table ?
- Le même que dans le cas de l'accouchement sur la table ?
- Plus élevé que dans le cas de l'accouchement sur la table ?

4) Après la délivrance

Avez-vous des difficultés dans la pratique de la GATPA ?

oui=1

non=2

VI. SUGGESTIONS

Selon vous quels sont les aspects de la méthode d'accouchement en

position libre à améliorer ?

- La salle d'accouchement
- Le coût de l'accouchement
- Le matériel technique
- La qualité des prestations
- Un bonus pour les prestataires de l'accouchement en position libre
- Autres
(préciser).....

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : MEHOBA

PRENOMS : Dèhogbé Muriel Sergine

TITRE DE LA THESE : Accouchement en positions libres versus accouchement en position classique à l'HOMEL de Cotonou (BENIN) : à propos de 43 cas.

ANNEE DE SOUTENANCE : 2008-2009

VILLE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : BENIN

LIEU DE DEPOT : bibliothèque de la FMPOS

SECTEUR D'INTERET : Obstétrique

RESUME

L'évolution de l'obstétrique lors des 4 derniers siècles a conduit à adopter de façon presque unanime la position allongée en lithotomie pour accoucher, et ce initialement pour faciliter la surveillance et permettre l'exécution des manœuvres obstétricales. Pourtant d'autres positions existent : les positions verticales, qui présentent des avantages théoriques séduisants.

Du 15 mai au 15 novembre 2008 nous avons effectué une étude prospective, transversale à visée descriptive et comparative dont l'objectif majeur était de tenter de valider de façon scientifique les avantages théoriques des positions verticales.

Notre population a été en majorité composée de femmes mariées (70%), de non scolarisées (37%), d'intellectuelles (23%), de paucigestes (46%) et de nullipares (51%) ; de fon (54%) ; de chrétiennes (79%).

Notre étude a montré :

- une tendance à la diminution de la durée de travail de 22,27mn en faveur de la position libre avec une moyenne de 146,5mn pour la position libre contre 168,77mn pour la position horizontale ;
- la position libre la plus fréquente au cours de la 1^{ère} période du travail est la position debout et au cours de l'expulsion la position assise.
- une diminution non significative de la durée d'expulsion en faveur du « groupe libre » où 90,7% des femmes ont expulsé en moins de 15mn contre 86,05% dans le groupe « position horizontale » ;
- une diminution des extractions instrumentales dans le groupe « position verticale », sans toutefois atteindre le seuil de significativité (0% de forceps contre 2,33% dans le groupe « position couchée »).

- une légère diminution du bilan d'Apgar à 1 min de vie en défaveur du groupe « position couchée ». Cette différence n'est pas significative.
- Le nombre d'hémorragies du post-partum, d'épisiotomie et de déchirures périnéales montre une tendance à l'augmentation, sans atteindre le seuil de significativité. En effet nous avons enregistré 19 % d'épisiotomie, 14% de déchirures périnéales, une déchirure vaginale et une déchirure cervicale et 4,7% d'hémorragie de la délivrance pour la position libre contre 0% pour la position couchée.
- Enfin, la satisfaction des parturientes ayant accouché en position libre était très forte.

En somme, l'adoption libre de la position souhaitée par la parturiente n'est pas délétère, et peut lui apporter un plus grand confort.

Mots clés : accouchement, position maternelle, déambulation, mobilité maternelle, périnée, délivrance, satisfaction maternelle.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maitres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.